

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

319034596301

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04478

CONTA: 000000018620

Número da Autenticação

6D0F09619B0610E1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345963

Cidade: Neópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do acidente: 18/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIAO DORSAL DO PE ESQUERDO E ANTERIOR DO TORNOZELO ESQUERDO, COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO EXTENSOR DO HALUX ESQUERDO

Descrição do exame físico: DOR E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE EXTENSÃO DO HALUX ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FOI REALIZADO SUTURA DE TENDÃO E PELE EM DORSO DO PE ESQUERDO ,EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS-ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/03/2020

Conduta mantida:

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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: **ANA MEIRE TAVARES SILVINO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000004478**

Conta: **0000018620-4**

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

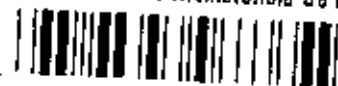
Estamos aqui para Você



Seguradora Líder do Consórcio da Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



MS/DATASUS HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 430863 DATA: 18/08/2016 HORA: 18:49 USUARIO: FRVSANTOS
 CNS: SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME: ^{Ana} ~~ANA~~ MEIRE TAVARES SILVINO DOC.: 1017847
 IDADE: 50 ANOS NASC: 26/04/1966 SEXO: FEMININO
 ENDRECO: POV BETUMA NUMERO:
 COMPLEMENTO: BAIRRO:
 MUNICIPIO: NEOPOLIS UF: SE CEP.: 49980-000
 PAI/MAE: ANTONIO SILVINO FILHO /FRANCISCA DAS DORES TAVARES
 RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL.:
 PROCEDENCIA: NEOPOLIS-SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

*Queda no joelho e/ou punho confuso por queda
 durante o dia. Perda de profundeza.*

ANAMNESE DA ENFERMAGEM:

paciente de 50 anos, unipolar.

DIAGNOSTICO: *lesão confuso-traumática do joelho e punho CID V01.01*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- ① *gesso joelho*
- ② *cefepime 1g - 02 orx + 10 @ 20:30*
- ③ *gabapentina 300mg (JMA) 3x/dia*
- ④ *ATO + AINS 2x/dia - A CASA*

DATA DA SAIDA: / /
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO DE [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 MANUTENCAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

*Adilson Nogueira Ladeira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 15433
 Rua 2, São Raimundo de Minas
 Aracaju - AL*

PREVENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Walter Soares de Santos
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Ana Meire Soares SilveiraRG nº 1.017.847, data de expedição 13/01/2019, Órgão SSP/SE.

CPF nº 047.205.285-38, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Francisco, Povoado Bêta</u>
Número	<u>107</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Neópolis</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49.980-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Neópolis, 25 Abril de 2019Assinatura do Declarante: Ana Meire Soares Silveira

Sutura

Nome do Paciente: Ana Meire Tavares Silveira RG: 1077847
 Data Nasc.: 26/04/1966 Data: 18/08/16 Hora: 15:49
 Endereço: Av. Beirão Neópolis Documentação médico-hospitalar
 Especificação: 70

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

DEMANDA ESPONTÂNEA ENCAMINHAMENTO SAMU

1. Queixa principal e Anamnese:
 paciente com lesão dilacerante no dorso do pé esquerdo com lesão muscular.

2. Cronologia/Duração da Queixa: Agudo Crônico
 3. História Progressiva: DM Cardiopatias HAS Alergias
 Outros: _____ Peso: _____

4. Dados Vitais
 P.A.: x FC Tax FR Glicemia SPO2

5. Risco: AZUL VERDE AMARELO VERMELHO
 Enfermeiro (Ass. e Carimbo): Hora da Class.:

PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO MÉDICA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Hora atend. Méd.:
 1) curativo compressivo
 2) encaminhado ao curativo
 3) Rx do pé esquerdo
 4) profunda - 1640
 5) liberar o Rx

Fonte médica de cura
 [Handwritten signature]

Atestado (assinado pelo Serviço)
 ORIGINAL 3652
 C.R.E. RESC 4733

CONFERE COM O ORIGINAL

UPA NEÓPOLIS - FHS
 CNPJ: 10.430.979/0007-9
 Rua: José Odín Ribeiro, nº 7
 Centro - Neópolis/SE

6. Hipótese Diagnóstica: Ferimento do pé

7. Avaliação de risco pelo médico: AZUL VERDE AMARELO VERMELHO



HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

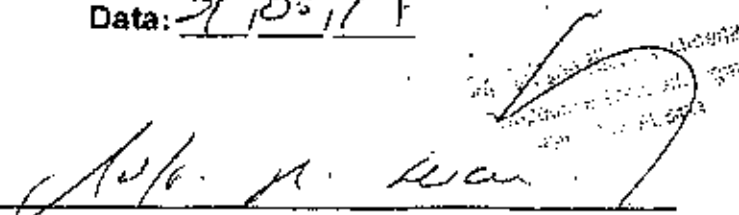
Amélie Marie Jeanne St.

ADULTO

Presc. de amox. e ácido clavulânico para
tratar a infecção urinária.
Presc. de ampicilina para
de novo tratamento.

596.1 + 591.0.

Data: 27/03/17


Medico (Assinatura e Carimbo)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Número do Sinistro: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de casamento
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



Nº DO SINISTRO _____

< CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ana Meire Soares Silvino
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.017.847 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 13/01/2015
CPF 04720528538 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Pescadora
E RENDA MENSAL DE R\$ 938,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANA MEIRE TAVARES SILVINO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 0866 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 023 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00011378

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Neópolis, 25 de Abril de 2019 Ana Meire TAVARES SILVINO
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204



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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 3190345953 CPF da Vítima: 047.205.285-38 Nome completo da vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>ANA MEIRE TAVARES SILVINO</u>		CPF titular da conta <u>047.205.285-38</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>RUA SÃO FRANCISCO</u>		Número <u>107</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>NEÓPOLIS</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49.980-000</u>
Email <u>crutiãmeire27@hotmail.com</u>			Telefone (DDD) <u>(79)9.9808-8553</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <u>0866</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u>023</u>	CONTA NRO. <u>00011338</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u>4</u>
---	-------------------	---	-----------------

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 BANCO Nome: _____ NRO: _____
 AGÊNCIA NRO.: _____ D/V: _____ CONTA NRO.: _____ D/V: _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Neópolis, 23 de Dezembro de 2019
Local e Data

Ana Meire Tavares Silvino _____
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190345963** 3 - CPF da vítima: **04720528538** 4 - Nome completo da vítima: **ANA MEIRE TAVARES SILVINO**

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

5 - Nome completo: **ANA MEIRE TAVARES SILVINO** 6 - CPF: **04720528538**
7 - Profissão: **DO LAR** 8 - Endereço: **RUA SAO FRANCISCO** 9 - Número: **107** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **NEÓPOLIS** 13 - Estado: **SE** 14 - CEP: **49980000**
15 - E-mail: **custiamerameire27@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(79)99808.8553**

DADOS CADASTRAIS

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 R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ 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 POUÇANÇA (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: **4478** **13** CONTA: **00018620** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (no 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 (vai 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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)

TESTEMUNHAS

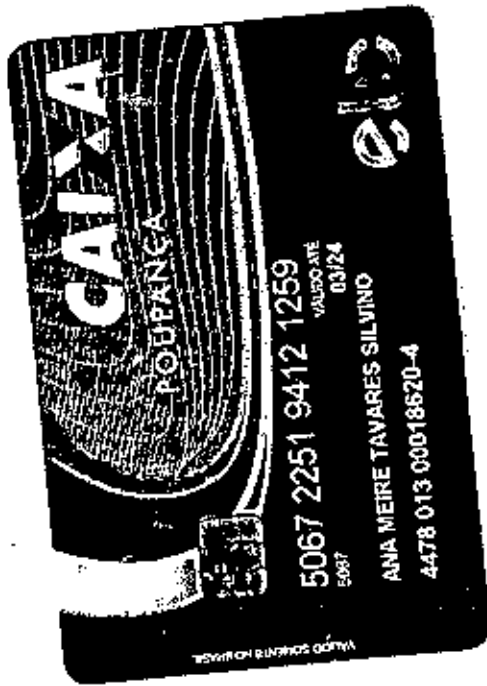
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **NEÓPOLIS/SE 30-03-2020**

Ana Meire Tavares Silvino
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA
POUPANÇA

5067 2251 9412 1259
VALÇOATE
03/24

ANA MEIRE TAVARES SILVINO
4478 013 00018620-4

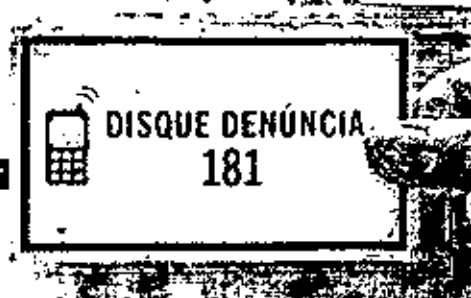


VALIDO SOMENTE NO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL
Boletim de ocorrência



DELEGACIA DE POLÍCIA DE NEÓPOLIS

PRAÇA GENERAL OLIVEIRA VALADÃO, CENTRO FONE (79)3344-1282

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/06568.0-000229

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE NEÓPOLIS

Endereço: PRAÇA GENERAL OLIVEIRA VALADÃO, CENTRO FONE:(79)3344-1282

RECEBIDO

2-0 MAI 2019

Seguradora Líder DPVAT

FATO

Data e Hora do Fato: 18/08/2016 - 14:30 até 18/08/2016 - 14:30

Endereço: PRÓXIMO AO TREVÔ Número: Complemento: CEP: 49980-000

Bairro: POVOADO BETUME Cidade: NEOPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE NEÓPOLIS

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ANA MEIRE SILVINO DOS SANTOS

Nome do pai: ANTONIO SILVINO FILHO Nome da mãe: FRANCISCA DAS DORES TAVARES

Pessoa: Física CPF/CGC: 047.205.285-38 RG: 10178473 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: NEOPOLIS Data de nascimento: 26/04/1966 Sexo: Feminino Cor da pele:

Profissão: DONA DO LAR Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA São Francisco Número: 107 Complemento:

CEP: 49.980-000 Bairro: povoado BETUME Cidade: NEOPOLIS UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9808-7896

HISTÓRICO

Relata a notificante que estava pilotando a moto SHINERAY XY 50 Q. ano 2014, placas QKU5487, cor vermelha, nas imediações do povoado Betume, próximo ao trevo, quando perdeu o equilíbrio e caiu na pista. QUE do acidente sofreu fraturas no pé esquerdo e até o dia de hoje faz fisioterapia e anda de muletas.

Data e hora da comunicação: 16/05/2017 às 11:06

Última Alteração: 16/05/2017 As 11.06.

OBS.: As informações recolhidas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquilo que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Ana Meire Silvano dos Santos
ANA MEIRE SILVINO DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Aline Viviane Chagas de Lima
Aline Viviane Chagas de Lima
Responsável pelo preenchimento

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 012356193237
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 CDD-RENAVAM 01079374547 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME JOSIMARA SILVINO S. SILVEIRA

CPF/CNPJ 845.848.665-20 PLACA OKU5487

PLACA ANT./UF 0002619/SE CHASSI LXYXCBL05F0224353

ESPECIE/TIPO BÁS/CICLOMOTO COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO I/SHINERAY XY 50 0 ANO FAB. 2014 ANO MOO. 2015

CAP/POT/CHL 2P0CV/49CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
1 *****	*****	1 *****
2 *****	*****	2 *****
3 *****	*****	3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 58,50 DETRAN (R\$) 6,50 CUSTO DO SEGURO (R\$) 65,00

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,51 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 TOTAL SERVIÇOS REG. SEGURO (R\$) 134,66

SEGURO PAGO REF. AD. EXERCÍCIO 2016
SEM RESTRIÇÃO

ARACAJU-SE DATA 26/02/2016

EDUARDO SANCHEZ DE MENDONÇA
DIRETOR-PRESIDENTE

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

SE Nº 012356193237 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 26/02/2016

VIA ** CDD-RENAVAM 1079374547 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2016 PLACA OKU5487

MARCA/MODELO I/SHINERAY XY 50 0 ANO FAB. 2014 ANO MOO. 2015

CAP/POT/CHL 2P0CV/49CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

PRÊMIO TARIFÁRIO	FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
58,50	6,50	65,00	

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIÇOS REG. SEGURO (R\$)
4,15	0,51	134,66

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 26/02/2016

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br



100



1ª VARA PRIVATIVA DE ASSISTÊNCIA
CARTÓRIO DO 12º OFÍCIO
 Fórum Luiz Rêgo
 Av. Jucelino Kubitschek, nº 47
 Tel. (79) 32345431
SE DA 0160547
 JUIZADO DE SERGIPE

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE CASAMENTO

EDENILSON SANTOS SILVEIRA
JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS

MATRÍCULA: 1100640155 2003 2 00029 196 0007604 59

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

EDENILSON SANTOS SILVEIRA, nascido a 30/12/1977, na cidade de Aracaju/Sergipe, nacionalidade brasileira, filho de: José Silveira e Maria Eluzia Santos Silveira.
JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS, nascida a 08/04/1984, na cidade de Penedo/AL, nacionalidade brasileira, filha de: Miraldo Silva dos Santos e Ana Meire Silvino dos Santos.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
Quatorze de maio de dois mil três	14	05	2003

REGIME DE BENS DO CASAMENTO
 Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE PASSA A USAR APÓS O CASAMENTO
JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES
 Averba-se o Divórcio de ordem da MM. Juíza de Direito da 1ª Vara Privativa de Assistência Judiciária da Comarca de Aracaju/SE, Drª Jocelaine Costa Ramires de Oliveira, Proc. Nº 201130100311, sentença datada de 20/04/2011, dispensado o prazo recursal. A mulher voltará a usar o nome de solteira: **JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS**
 Livro B-29, fls. 196, Nº 7.604.

Nome do Ofício: 12º OFÍCIO - REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
 Oficiala Substituta: Terezinha Gonçalves
 Município: ARACAJU/SE - Endereço: Av. Jucelino Kubitschek, s/n,
 Bairro 18 do Forte - C.E.P.: 49.070.460 - Tel: (79) 32345431

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
 Aracaju/SE, 29 de abril de 2011.

Terezinha Gonçalves
Terezinha Gonçalves
 Registradora Civil



**ESTADO DE SERGIPE
PODER JUDICIÁRIO**

**1ª Vara Privativa de Assistência Judiciária da Comarca de Aracaju
Av. Visconde de Maracaju, s/nº, 18 do Forte**

Ação : DIVÓRCIO LITIGIOSO

Processo: 201130100311

Requerente: **EDENILSON SANTOS SILVEIRA**

Requerido: **JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA**

TERMO DE AUDIÊNCIA

Aos vinte (20) dias do mês de abril do ano de dois mil e onze (2011), às 09 h 00 min, na Sala de Audiências, presente a Juíza de Direito Substituta, Drª. JOCELAINÉ COSTA RAMIRES DE OLIVEIRA, foi declarada aberta a Audiência de Conciliação, Instrução e Julgamento; apregoadas as partes e seus respectivos Advogados, ao pregão responderam: o autor, acompanhado pela Defensora Pública, Bela. MARIA VILMA SIQUEIRA MENEZES, presente o requerido, acompanhado por sua Advogada, Bela. JORDANA AMARAL DA COSTA OLIVEIRA, OAB/SE nº 5984, presente a Representante do Ministério Público, Drª. CARMEM LÚCIA BUARQUE DE GUSMÃO. Aberta a audiência foi proposta a conciliação, sendo rejeitada. No entanto, as partes acordaram em transformar o pedido em Consensual, observadas as seguintes cláusulas: 1ª - Não há bens a serem partilhados; 2ª - Da união adveio o nascimento de 01 (um) filho, BRUNNO RAFAEL SILVINO SILVEIRA, nascido em 10/07/2003, certidão de fls. 04, que ficará sob a guarda da genitora, podendo o genitor exercer o direito de visitas aos finais de semanas, durante suas folgas e metade das férias escolares; 3ª - O divorciando pagará pensão alimentícia no equivalente a 20% (vinte por cento) dos seus rendimentos percebidos a qualquer título, abatidos os descontos obrigatórios, incidindo sobre a pensão férias, 13º salário e verbas rescisórias, além do salário família, que deverá ser depositada em conta bancária já do conhecimento da fonte pagadora, em nome da genitora do menor, Sra. JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA; 4ª - Para o caso do divorciando passar a não ter vínculo empregatício a pensão será o equivalente a 20% (vinte por cento) do salário mínimo vigente que deverá ser depositado até o último dia de cada mês; 5ª - O divorciando compromete-se também a pagar metade do valor com as despesas de material escolar e fardamento para seu filho; 6ª - As partes renunciaram mutuamente a alimentos por terem condições de manterem-se; 7ª - A divorcianda voltará a usar o nome de solteira, JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS. Pedem homologação. Em seguida a MM. Juíza, depois de verificar que foram satisfeitas as formalidades e cumpridas os requisitos legais, observando a Emenda Constitucional nº 66, atualmente em vigor, esclareceu-lhes as conseqüências de manifestação de vontade. Convencida, afinal, que ambos livremente e sem hesitações desejam o divórcio. Seguiram-se os debates orais, com a palavra da Assistente da parte autora, da ré presente e finalmente da Promotora de Justiça, todos considerando que foram cumpridas as exigências legais e obedecidos os tramites processuais, requer por conseguinte a decretação do Divórcio Judicial. Foi pedido a dispensa do prazo recursal pelas partes. Após, se pronunciou o Ministério Público nos seguintes termos: Postulam os ora requerentes o Divórcio Litigioso, porém resolveram transformar em Divórcio Consensual, alegando, em síntese, terem contraído matrimônio em 14/05/2003, sob regime da Comunhão Parcial de Bens, certidão de fls. 05. Que dessa união adveio o nascimento de 01 (um) filho, BRUNNO RAFAEL SILVINO SILVEIRA, nascido em 10/07/2003, certidão de fls. 04. Que os cônjuges não possuem bens a partilhar. As cláusulas do acordo atendem às exigências legais, tendo sido observadas as questões atinentes à guarda, direito de visitas e pensão alimentícia para o filho menor, não

há bens a partilhar e a definição do nome da divorcianda. Aos autos foram acostados os documentos essenciais à propositura da ação. Durante a instrução processual foram dispensados os depoimentos das partes, tendo sido dispensado o depoimento testemunhal, por força da Emenda Constitucional nº 66. Assim sendo, analisando o caso sub judice verificamos que foram atendidas todas as exigências legais, de acordo com a Emenda Constitucional nº 66 deu nova redação ao art. 226 parágrafo sexto da CF. Ante o exposto, opinamos pela homologação do acordo e decretação do Divórcio do Casal". Em seguida, a MM. Juíza proferiu a seguinte sentença: Vistos etc... EDENILSON SANTOS SILVEIRA, qualificado na inicial, fls. 02/03, promove Divórcio Litigioso em face de JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA porém resolveram transformar em Consensual, alegando, em síntese, terem contraído matrimônio em 14 de maio de 2003 sob regime da Comunhão Parcial de Bens, certidão de fls. 05. Que dessa união adveio o nascimento de 01 (um) filho, BRUNNO RAFAEL SILVINO SILVEIRA, nascido em 10/07/2003, certidão de fls. 04. Que os cônjuges não possuem bens a partilhar. Atendidas as exigências legais, tendo sido definidas as questões relativas a guarda, direito de visitas e pensão alimentícia do filho, não há bens a partilhar e a definição do nome da divorcianda. Na instrução, houve a dispensa da oitiva de testemunhas, tendo em vista que se destinariam apenas a comprovar o lapso temporal de separação do casal, o que não mais é exigido por conta da recente alteração do art. 226, § 6º da Constituição Federal, as partes desejam a extinção do vínculo matrimonial que ainda as une. O Ministério Público, após verificar que ficaram resguardados os interesses das partes, lançou parecer favorável a homologação. No essencial relatei. Decido. A prova documental confirma as alegações da inicial, arrimado na Emenda Constitucional nº 66, que deu nova redação ao art. 226, § 6º da Constituição Federal, homologo o acordo firmado pelos divorciandos e que consta do termo de Audiência nesta data realizada, decreto o Divórcio. Determino, face a dispensa do prazo recursal, que este termo de audiência, contendo a sentença, sirva como mandado de averbação, junto ao Cartório do Registro Civil do 12º Ofício desta Comarca de Aracaju/SE, fazendo as devidas anotações no Livro B-29, fls. 196, sob o nº de ordem 7604, constando o nome de solteira da divorcianda, JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS, observando-se tratar-se de JUSTIÇA GRATUITA. Oficie-se a fonte pagadora, Empresa SACEL SERVIÇO DE VIGILÂNCIA E TRANSPORTES DE VALORES LTDA, situada à Av. Marginal, nº 815, bairro Rosa Elze, São Cristóvão/SE, para que proceda ao desconto no percentual de 20% (vinte por cento) dos rendimentos do requerido, percebidos a qualquer título, abatidos os descontos obrigatórios, incidindo sobre a pensão férias, 13º salário e verbas rescisórias, além do salário família, a título de alimentos definitivos, conforme transação feita pelas partes, depositando em conta bancária já do conhecimento da fonte pagadora, em nome da genitora do menor, sra. JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA. Publicada em audiência a presente sentença. Dou os presentes por intimados. Nada mais.


JOCELAINE COSTA RAMIRES DE OLIVEIRA
Juíza de Direito-Substituta

CARMEMLÚCIA BUARQUE DE GUSMÃO
Promotora de Justiça

Requerente: _____

Defensora Pública: _____

Requerida: _____

Advogada: _____

Cópia