

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11115931

A/C: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289306 ASL-0198051/17
Vitima: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 05/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11116728

A/C: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289306 ASL-0198051/17
Vítima: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 05/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2017

Carta nº: 11254290

A/C: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

Sinistro: 3170289306 ASL-0198051/17
Vítima: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 05/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº 11349162

A/C: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170289306 ASL-0198051/17
Vitima: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 05/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2017

Carta nº: 11424389

A/C: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

Sinistro: 3170289306 ASL-0198051/17
Vítima: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 05/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000023310-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 3.375,00 |

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = | R\$ | 3.375,00 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS**

Sinistro: **3170289306**
Vítima: **GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **05/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PAULO JOSE ALVES DE MORAIS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170289306** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3170289306**

Vitima: **GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **05/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **PAULO JOSE ALVES DE MORAIS**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170289306**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA: _____



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, Gerlinda Menezes dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 99098100849 EXPEDIDO POR SSPI/CE EM 31/05/199 ECPF 8911796253-04 / CNPJ _____, PROFISSÃO AgricultoraE RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gerlinda Menezes dos Santos, 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 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 SISPDPVAT 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23310-4

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.

Gerlinda Menezes dos Santos 03 de Maio

de 2017

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300. Loja 147-FORTALEZA/CE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Gerleide Messias dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Fz Jundia, S/N
Distrito Lacerda Quixeramobim CE CEP: 63800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 99098100849
Data local do exame: [31/01/2018] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**TCE GRAVE, COM FX TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL À DIREITA.
MARCHA COM APOIO, CRISE CONVULSIVA, USO REGULAR DE MEDICAÇÃO CONTROLADA REGULAR - HIDANTAL, HIPOACUSIA DIREITA E ANOSMIA.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE QUIXERAMOBIM, TRANSFERIDA PARA O IJF, ONDE FOI INTERNADA, PARA TRATAMENTO CONSERVADOR. FEZ FISIOTERAPIA.
Data da alta: JUNHO DE 2017.
QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO.
A VÍTIMA FOI TRATADA COM MEDICAMENTOS E EVOLUIU COM CRISE CONVULSIVA.
Complicações: CRISE CONVULSIVA.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO SNC, PELA CRISE CONVULSIVA E USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. 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 (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- 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): |
| LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE | |
| % do dano: () 10% residual (X) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
**HIPOACUSIA SEM COMPROVAÇÃO.
REFERE FX DO MID, MAS NÃO CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA.**

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



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo


Nome do(a) Examinado(a): Gerleide Messias dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Fz Jundia, S/N
Distrito Lacerda Quixeramobim CE CEP: 63800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 99098100849
Data local do exame: [12/07/2017] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TCE GRAVE, COM FX TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL À DIREITA. MARCHA COM APOIO, CRISE CONVULSIVA, USO REGULAR DE MEDICAÇÃO CONTROLADA REGULAR - HIDANTAL, HIPOACUSIA DIREITA E ANOSMIA.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DE QUIXERAMOBIM, TRANSFERIDA E INTERNADA EM FORTALEZA, PARA TRATAMENTO CONSERVADOR. A PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA. Data da alta: JUNHO DE 2017. QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. MARCHA COM APOIO, CRISE CONVULSIVA, USO REGULAR DE MEDICAÇÃO CONTROLADA REGULAR - HIDANTAL, HIPOACUSIA DIREITA E ANOSMIA. Complicações: SEM.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO SNC, PELA CRISE CONVULSIVA E ANOSMIA.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. 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 (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- 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): |
| LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE | |
| % do dano: () 10% residual (<input checked="" type="checkbox"/>) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

HIPOACUSIA SEM COMPROVAÇÃO.

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


Dr. André de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

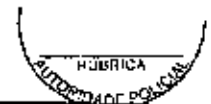




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



361420



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1139/2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRABALHO

Data / Hora da Comunicação: 03/05/2017 09:09:58

Data / Hora da Ocorrência: 05/04/2017 12:00:00

Endereço da Ocorrência: CE 166

Complemento:

Bairro:

Município: QUIXERAMOBIM/CE

Ponto de Referência:

Governo do Estado do Ceará
 Secretaria da Segurança Pública e
 Defesa Social - SSPDS
 Departamento de Polícia do Interior
 12ª RPC / DELEGACIA MUNICIPAL DE
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ.
 Fone: (88) 3441-0302

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

Nascimento: 09/06/1978 CPF: 891.796.253-04

RG: 99098100849

Orgão Emissor: SSP

Filiação: MARIA AURIZENA MESSIAS DOS SANTOS

JOSE EDMILSON ANDRADE DOS SANTOS

Endereço: SITIO FAZENDA JUNDIA

Bairro: DISTRITO DE LACERDA

Município: QUIXERAMOBIM/CE

País: BRASIL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

UF: CE
23 MAI 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 330, Loja 147-FORTEALEZA/CE

Telefone: (88) 99273-8723

Histórico

Relata a vítima que na data e local acima citado, estava trafegando a pé. QUE informa a vítima que foi atropelada por um motociclista o qual conduzia uma moto de PLACA PMF-5337. QUE o condutor da motocicleta não se evadiu do local do acidente. QUE O SAMU foi acionado, no entanto, quando a ambulância chegou ao local do acidente, a vítima já havia sido socorrida por seu esposo de nome chamado AURICELIO RODRIGUES NOGUEIRA. QUE as as pessoas RAIMUNDO NOGUEIRA DE SOUSA, RG 93005013038 SSPCE, CPF N.º 538.719.873-87 e ANTONIO WILTON RODRIGUES NOGUEIRA, 458009-82 SSPCE, CPF N.º 213.906.733-91, estiveram presentes no local do acidente, servindo assim, como testemunhas. QUE foi socorrida até o HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO. QUE chegando ao Hospital, foi realizado atendimento médico pelo DR. JOAO IGOR D. LANDIM, CRM 16.087, conforme consta no prontuário médico daquela Unidade Hospitalar. QUE devido a gravidade das lesões, foi transferida imediatamente para o INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA - IJF, na cidade de Fortaleza/CE. E nada mais disse. ///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ELISBERG MOREIRA DE SOUSA - MAT.: 30102215

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Gerleide messias dos santos

VISTO DO DELEGADO(A):

ANDRE CICERO FIRMINO DA SILVA - MAT.: 30117611

151-019805/17

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Genilde Maria dos Santos portador da carteira de identidade nº 99098100849 e inscrito no CPF/MF sob o nº 891.796.253-04 residente e domiciliado na R. Jundiaí, 512 Cidade Quixadá, Estado CEARA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Genilde Maria dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quixadá 03/05/17

Local e data

| |
|--|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 23 MAI 2017 |
| GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luís, 300, Loja 147 - PORTAL CAUCE |

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: 31/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000023310-4

Nr. da Autenticação BB0B4D0BF3EF5D5F

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Gerlúde Mearias dos Santos,

RG nº 99098100849, data de expedição 31/05/99, Órgão SSP/CE,

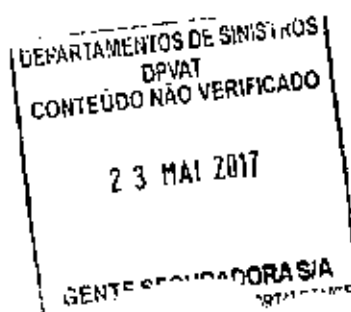
CPF nº 891.796.253-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|---|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rz Jundiaú</u> |
| Número | <u>512</u> |
| Apto / Complemento | <u>casa</u> |
| Bairro | <u>Distrito de Roraima</u> |
| Cidade | <u>Quixadá</u> |
| Estado | <u>CE</u> |
| CEP | <u>63.800-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(88) 34413521 - (88) 9.92451228 - (88) 9.8581987</u> |
| E-mail | <u>luciana_rimmar</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quixadá/CE 03/05/17

Assinatura do Declarante: Gerlúde Mearias dos Santos





ATESTADO MÉDICO

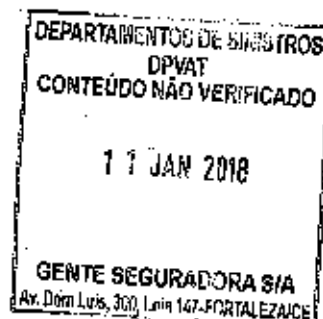
Paciente: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

Atesto para os devidos fins que o paciente acima descrito, 39 anos, vítima de atropelamento por moto no dia 05/04/17. TC de crânio da admissão evidenciou HSA + contusão temporal E + traços de fratura à D, optado por tratamento conservador. Foi transferida para o Hospital Batista, evoluiu bem com TC de crânio de controle (16/04/17) satisfatória e recebeu alta hospitalar. Retorna ao ambulatório com queixa de tontura, anosmia, hipoacusia à D. Irmã refere que houve um acentuamento da labilidade emocional após o acidente. Ao exame físico: GCS 15, PIER, MOE normal, labilidade emocional, sem déficits motores. No momento em uso de carbamazepina 200mg/dia. Alta ambulatorial.

CID: S-06.9


Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - UF
CREMEC 18270

Fortaleza, 16 de Novembro de 2017.





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

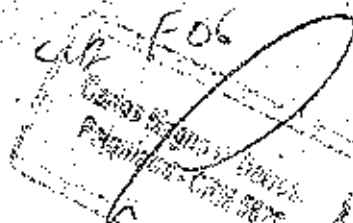
Marta

Marta para Colar Maria

Intos, sobre o seguinte de

*TC com infusão venosa
cinquenta, sem contraindicar
para o trabalho.*

20/11/17



**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**



6 X 6 hs.: 06M - 12T - 08N - 12N (4 X DIA)
8 X 8 hs.: 08M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 12 hs.: 06M - 08N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

13 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 360, Loja 147-FORTALEZA/CE

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

13 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 360, Loja 147-FORTALEZA/CE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

CPF 99098100849 DATA DE NASCIMENTO 31/5/1973

NOME GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ FIMILSON ANDRADE DOS SANTOS
S E MARIA AURIZENA MESSIAS DOS SANTOS

NATURALIDADE QUIXERAMOBIM-CE DATA DE MATRIMÔNIO 9/8/1973

END. ORIGEM CERT. NASC 681 L A/02 V
73 RCT10/QUIXERAMOBIM/CE

CPF

Assinatura: [Assinatura]

Carteira de Identidade

CPF 99098100849 DATA DE NASCIMENTO 31/5/1973

Foto 1 Foto 2

Gerleide messias dos santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

891.796.233-04

GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS

09/08/1973

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170289306 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/04/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE, COM FRATURA TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, CRISE CONVULSIVA, USO REGULAR DE MEDICAÇÃO CONTROLADA REGULAR - HIDANTAL, HIPOACUSIA DIREITA E ANOSMIA.

Resultados terapêuticos: QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. A PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT NEUROLÓGICO COGNITIVO LEVE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/07/2017

Conduta mantida:

Observações: HIPOACUSIA SEM COMPROVAÇÃO.

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Em grau leve - 25 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





A Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Genildo Manoel dos Santos portador da
carteira de identidade nº 99098100849 e inscrito no CPF sob o nº
891.796.253-04

Residente e domiciliado na
de Jundiá SP

Cidade: Quixamobim Estado: Pernambuco declaro, sob as penas de lei, que
estou

Impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO
INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital

Data de Entrada / / Data de Saída / /
Localizado em;

O hospital se nega a disponibilizar aC Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE
INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS.

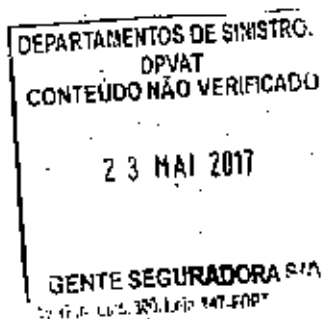
Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer
indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do
Seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente
por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o
prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Concordando desde já, em me submeter a perícia médica as custas da
Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau,
ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Genildo Manoel dos Santos
Assinatura do Declarante

Quixamobim/PE 03 / 05 / 17



REVISAO DE PROCESSO



Eu Gerlúide Menezes dos Santos

Portador do RG 998100849

Inscrito no CPF 891.796.253-04

Com o endereço na Rua/Trav. Avenida Jundiaí SN

Beirto Dist. Encantado cidade Quixeramobim

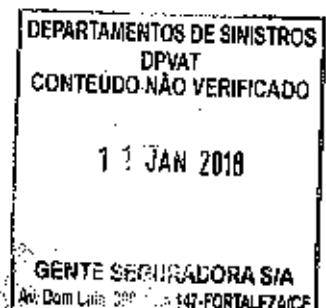
UF CE venho através desta carta requerer aos senhores revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo fato de não concordar com o valor pago do processo, tendo em vista as gravidades das lesões por mim sofridas em consequência do acidente de trânsito.

Diante das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo e se necessário realização de uma nova perícia médica com o médico auditor da seguradora líder para que o mesmo possa constatar real situação, pois é inaceitável o valor pago.

11 / 01 / 2018

Atenciosamente,

Gerlúide Menezes dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170289306 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/04/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE COM FRATURA CRANIANA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170289306 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERLEIDE MESSIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/04/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE, COM FRATURA TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA COM APOIO, CRISE CONVULSIVA, USO REGULAR DE MEDICAÇÃO CONTROLADA REGULAR - HIDANTAL, HIPOACUSIA DIREITA E ANOSMIA.

Resultados terapêuticos: O TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO.
A VÍTIMA FOI TRATADA COM MEDICAMENTOS E EVOLUIU COM CRISE CONVULSIVA.
COMPLICAÇÕES: CRISE CONVULSIVA.

Sequelas permanentes: DEFICIT NEUROLÓGICO COGNITIVO LEVE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/01/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO COGNITIVO LEVE.

HIPOACUSIA SEM COMPROVAÇÃO.
REFERE FRATURA DO MID, MAS NÃO CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA.

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE :

NOME : Gerlúde Missias dos Santos

NACIONALIDADE : Brasileira

ESTADO CIVIL : casada

PROFISSÃO : Agricultora

Nº DO RG: 99098100849 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE

DATA DE EMISSÃO : 31/05/99

Nº CPF : 891.796.253-04

ENDEREÇO : Rua Jundia - S/N - Distrito de Lacerda - Quixeramobim/CE

OUTORGADA :

NOME : Paulo Jose Filho de Moraes

NACIONALIDADE : Brasileiro

ESTADO CIVIL : Solteiro

PROFISSÃO : Recusa-se informar

Nº DO RG: 2001002327715 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE

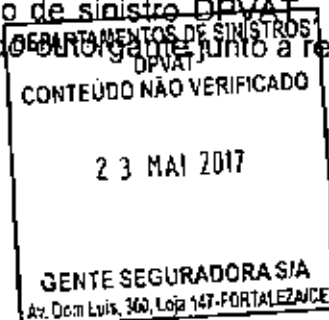
DATA DE EMISSÃO : 14/02/05

Nº CPF : 020.643.123-66

ENDEREÇO : Rua da Cruz - S/N - Centro - Quixeramobim/CE

PODERES :

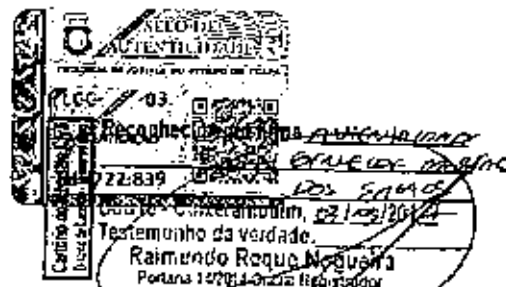
Para requerer o seguro DPVAT por inutilidade a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto a rede bancária.



Quixeramobim/CE, 03 de maio de 2017.

Gerlúde Missias dos Santos
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.





| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | | |
|---|-------------|--------------------|-----------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | | |
| DETRAN - PE | | Nº 010730736854 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | | |
| VIA | COO/RENAVAM | ANEXO/ENTRIC | EXERCÍCIO |
| 1 | 977203859 | ***** | 2013 |
| F1 MOTOCICLETAS LTDA | | | |
| RECIFE - PE | | | |
| 07-247-929/0001-69 | | M3K9485 | |
| M3K9485/9P | | 9CDGP74A39M100860 | |
| PAS MOTOCICLETA | | GASOLINA | |
| JTA/SUZUKI BANDIT 6503 | | ANO FAB | ANO MOD |
| 2P/656CL | | 2008 | 2009 |
| CATEGORIA | | COR PREDOMINANTE | |
| PARTIC | | PRETA | |
| COTA UNICA | | VENC. COTA UNICA | |
| IPVA 2013 QUITADO | | 1° ***** | |
| FAIXA IPVA | | PARCELAMENTO/COTAS | |
| 2° ***** | | 3° ***** | |
| PREMIO TARIFARIO (R\$) TOE (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO | | | |
| SEGURO PAGOU SEGURO OBRIGATORIO | | | |
| SEM RESERVA | | | |
| DOCUMENTO DE TRANSPORTE OBRIGATORIO | | | |
| Nº 010730736854 | | | |
| LOCAL DATA | | | |
| RECIFE - PE 05/12/13 | | | |
| Maria Auxiliadora Gomes Santos | | | |
| Assessoria de Atendimento DETRAN/PE | | | |

| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT | | | |
|--|------------------------|-------------------------|------------------------|
| PE Nº 010730736854 | | BILHETE DE SEGURO DPVAT | |
| F1 MOTOCICLETAS LTDA | | | |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA | | | |
| www.dpvatsegurodetransito.com.br | | | |
| SAC DPVAT 0800 022 1204 | | | |
| RECIFE - PE | | EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
| 2013 | | 05/12/13 | |
| VIA | CPF / CNPJ | PLACA | |
| 07-247-929/0001-6 | | M3K9485 | |
| RENAVAM | MARCA / MODELO | | |
| 977203859 | JTA/SUZUKI BANDIT 6503 | | |
| ANO FAB | CHASSI | PLACA | |
| 2008 | 09 | 9CDGP74A39M100860 | |
| PREMIO TARIFARIO | | | |
| FMS (R\$) | | DENATFAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | | TOE (R\$) | TOTAL A SER PAGO (R\$) |
| COTA UNICA | | PAGAMENTO | DATA DE QUITAÇÃO |
| PARCELADO | | | |
| SEGURADORA LIBER - DPVAT | | | |
| CNPJ 09.248.608/0001-04 | | | |
| www.seguradoraliber.com.br | | | |
| DEPÓSITO E GUARDE O BILHETE DPVAT | | | |
| F1 MOTOCICLETAS LTDA | | | |

DPVAT - RJ

Jul-2013