

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANE REIS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05984-6

CONTA: 000000004702-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1106201905000000000023705984000000004702168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alane Reis da SilvaRG nº 36726540, data de expedição 19/03/2012 Órgão SSP/SECPF nº 06868636580, 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>Av. Jose Aluís de Macedo</u>
Número	<u>48</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Por Alceus</u>
Cidade	<u>Tobias Barreto</u>
Estado	<u>SE</u>
CEP	<u>49300000</u>
Telefone de Contato	<u>79 999166621</u>
E-mail	<u>jr.vincent.melo@bol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 22/04/2019Assinatura do Declarante: Alane Reis da Silva

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA
UG/DV
2574458

TV JOSÉ ALVES DE MACEDO, 48,
PV PILOES - Tobias Barreto/SE - 48.300-000

Medidor: 24430 - M

TV JOSÉ ALVES DE MACEDO, 48, PV PILOES - Tobias Barreto/SE - 48.300-000		Vencimento	Valor R\$
Mês de Referência	Consumo kWh	28/02/2019	68,58
02/2019	102	DADOS DE FATURAMENTO	
		Emissão:	08/03/2019
			02/2019

DADOS CADASTRAIS

Tarifa: Comendante;
CNPJ: 036.107.395-93
Grupo/Subgrupo: B - B1: Ligação, Manutenção
Classe: RESIDUOS - BAIXA RENDIA - NIS 20920465163
TSEE criado pela lei nº 10.439 de 26/04/2002
Tensão de Fornecimento (V): 127
Limites de Tensão de Tensão (V): 117 e 133
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
ANEXO 4 DO REGULAMENTO DO PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 028714
CONSUMO - 100h

CÓDIGO PARA DEBITO		HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh	
Formulário	Obs.	Per	En

CÓDIGO PARA DEBITO		HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh		Pagamento		Valor R\$	
Mes/Ano	Consumo	Obs.	Em	Em	Em	Em	Em
02/2019	102	Lido	14/01/18				58,96
01/2019	104	Lido	10/01/18				
12/2018	73	Lido	14/01/18				
11/2018	85	Lido	12/11/18				
10/2018	71	Lido	12/11/18				
09/2018	68	Lido	18/10/18				
08/2018	73	Lido	18/08/18				
07/2018	67	Lido	01/05/18				
06/2018	85	Lido	01/05/18				
05/2018	85	Lido	09/05/18				
04/2018	76	Lido	17/05/18				
03/2018	80	Lido					

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtd.	Unid.	Valor(R\$)
Despesa	30	x 21833 *	6,54
CONSUMO	70	x 0,37430 =	26,20
CONSUMO	2	x 0,56745 =	1,12
CONSUMO			23,45
JCMS			0,55
PIS			203,9
COFINS			

Outras cobranças
JURO E CORREÇÃO
MULTA POR ATRASO PAGTO
JURO E CORREÇÃO
MULTA POR ATRASO PAGTO

Cobranças de terceiros	3,50
Cto. Prefeitura Municipal	2,15
Interesse do município março/2018	0,04
JROS E CORRECAO Cto. Prefeitura Municipal	68,56

TOTAL A PAGAR R\$

TOTAL A PAGAR R\$			
	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
TRFETOS	93,85	25,00	23,46
ICMS	80,40	0,91	0,57
GUARAS TO ATER	80,40	4,78	2,11
PIS/PASEP			

INDICADORES DE CONTINUIDAD

INDICADORES DE CONTINUIDADE		MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
Referência: 12/2018				
Consumo: SAQUINHO		META DIC 11,59	23,78	40,38
RUSD: 12,78		APUR DIC 8,00	23,78	15,02
		META FIC 7,74	15,48	30,96
		APUR FIC 0,00	2,00	12,00
		META DMIC 6,59		
		APUR DMIC 0,00		

MENSAGEM

Beneficio Italiano 79.74

09201140 150282019 1016 0098 3040241 R56

635 0920110 15022019 1616 0098 3040241 R50
 A parte normal de consulta serie RS 63.63, porém levando em consideração de Tenta Sólida de R\$ 29.71, res-
 pecto R\$ 33.86, que com os demais, Juros exento, discriminados, totaliza R\$ 65,56.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

Eu, JOILSON DA SILVA GOIS

RG nº 3.208.849-3, data de expedição 30/07/18

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 036.105.395-93

com domicílio na cidade de TOBIAS BARRETO, no Estado de

SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

TRAVESSA JOSÉ ALVES DE MACEDO nº 70

complemento POVÃO PILOES, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ALANE REIS DA SILVA, cujo o condutor era

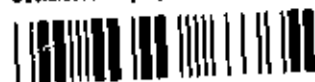
JOILSON DA SILVA GOIS

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS Ano: 2003

Placa: HZY6435 Chassi: 9C2JC30103R259788

Data do Acidente: 29/09/18

Declaração do proprietário do veículo



Local e Data: _____

Joilson da Silva Gois

Assinatura do Declarante

2º OFÍCIO
Tobias Barreto - SE

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Selo digital de Fiscalização Tribunal de
Justiça de Sergipe
2º Ofício da Comarca de Tobias Barreto

Reconheço por autenticidade a firma indicada de:

JOILSON DA SILVA GOIS
TOBIAS BARRETO - SE, 29 de Setembro de 2018 às 21:29 DDDM

Recebo
Recebo do Serviço de Registro de Autorização

Selo T3SE: 20180929012345 - Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/consulta>
Valor Total R\$ 0,50





R. CEBIDO

03 SET 2019

Seguradora Líder DPVAT

PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

- DPVAT

Relatório médico

- ① Nome: Raiz da Silva
- ② Idade: 23 anos
- ③ Data do acidente: 29/09/2018
- ④ Diagnóstico: fratura cominutiva do tarsus (astrágalo) do pé E S92.1
- ⑤ Tratamento:
Tratamento cirúrgico e fixação com 4 parafusos.
- ⑥ Sequelas após alta definitiva
 - (a) Dor no pé E, necessitando de botô Robofest, e um par de muletas canadenses para locomoção.
 - (b) Limitação severa dos movimentos

Av. Francisco Bello Rollimberg, 100 - Tel: (41) 3205-0550 - 400-000000

CNPJ: 06.903.000/0001-02 - CEP: 81060-000 - Curitiba/PR

Página 1 de 1



PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

- do tornozelo e pé E.
- (c) Presença de 4 perfurações no fôlex
 - (d) Hipotrofia do músculo do peroneo E e LOXO E
 - (e) Queixo de dor na coluna
 - (f) Cefaleia contínua.

Perda funcional do membro inferior esquerdo de 75%.

Recife, 23/08/2019


Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.890.478-34

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA DE REGISTRO CIVIL

DIRETORIA DE REGISTRO CIVIL




Alane Reis da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.672.854-0

DATA DE EMISSÃO 19/03/2012

ALANE REIS DA SILVA

REGISTRO

JOSE LUIZ REIS DA COSTA

SIMARIA DUZIA DA SILVA

NATURALIDADE

ITAPORUHA

DATA DE NASCIMENTO 21/08/1976

CPF 01.140.000-00

END. RESIDENCIAL NR 1822 LV 017 FL 075-4

CEP 49.000-000

CART. SUBST. CIVIL DE ITAPORUHA

001.505.385-00

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI 7.116 DE 2006

EVERETT FERREIRA DA SILVA

Documentos de identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158062/19

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Dedaração de Inexistência de IML

Dedaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



ALANE REIS DA SILVA ; 068.686.365-80

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: 10/05/2019

Nome: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

ALANE REIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019

Nome: Cristina Limeira Alves

CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Alane Reis da Silva

DATA DO ACIDENTE 29/09/2018 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 06868636580

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS COBERTURA MORTE**BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Alane Reis da Silva

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail alane.reis@bol.com.br

Tel.: 79 99316681

Data 22/04/19 Assinatura Alane Reis da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente _____ Matrícula _____

Data: _____ Assinatura: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158062/19

Número do Sinistro: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Outros



Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

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: 24/05/2019

Nome: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

ALANE REIS DA SILVA

Alexandre Tavares Belfort

Andreza Cunha

De: Projeto Correio
Enviado em: quinta-feira, 23 de maio de 2019 17:31
Para: Andreza Cunha
Assunto: ENC: Recepcionar documentação no SIS DPVAT -ALANE REIS DA SILVA-3190317933

Atenciosamente,

Alessandra Magalhães

Canal Correios

alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 20º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Danielle Barros Leite <danielle.barros@excelsiorseguros.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 23 de maio de 2019 15:00

Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>

Cc: Gabriella Maria de Abreu Machado <gabriella.abreu@excelsiorseguros.com.br>

Assunto: Recepcionar documentação no SIS DPVAT -ALANE REIS DA SILVA-3190317933

Boa tarde,

Solicitamos recepcionar página 3 da aba documentação médico hospitalar na aba comprovação de ato declaratório.

Att.



Danielle Barros Leite

Assistente DPVAT

Regulação DPVAT

danielle.barros@excelsiorseguros.com.br

+55 (81) 3087-9200 / +55

<http://www.excelsiorseguros.com.br>

Confidencialidade

Esta mensagem é de cunho confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Cia Excelsior de Seguros, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes envolvidas. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente e descartar este e-mail.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158062/19

Número do Sinistro: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: ALANE REIS DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



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: 28/06/2019

Nome: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

ALANE REIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

=Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3190317933

☒ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

() Solicitação 07

() Solicitação 06

() Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
03/06/19	

RECEBI DIA 11/06/19

Nome: Gustavo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158062/19

Número do Sinistro: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANE REIS DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



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: 11/09/2019

Nome: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

ALANE REIS DA SILVA

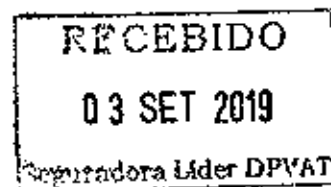
TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Tobias Baneto 28/08/2019

Eu, Alane venho por meio desta, pedir o reanálise de meu processo, uma vez que o valor recebido, foi baixo e me deixou a seguradora insatisfeita.

O número do sinistro é 3190317933, certo que serei atendido e que vos farei o melhor. fico no aguardo

Atenciosamente



Alane Reis da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317933 **Cidade:** Tobias Barreto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANE REIS DA SILVA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO TÁLUS À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: REFERE DOR EM PÉ E TORNOZELO ESQUERDOS QUANDO DEAMBULA OU QUANDO FICA TEMPO PROLONGADO EM ORTOSTASE. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS EM TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA. REALIZOU CERCA DE 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/09/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ATRAVÉS DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 06/06/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317933 **Cidade:** Tobias Barreto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANE REIS DA SILVA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317933 **Cidade:** Tobias Barreto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANE REIS DA SILVA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 27.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317933 **Cidade:** Tobias Barreto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANE REIS DA SILVA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SEGURADO JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM 50% (GRAU MÉDIO), PERTINENTE A PERDA FUNCIONAL COMPLETA DA MOBILIDADE DE UM DOS TORNOZELOS.

@ P.1

SOLICITADO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER SE HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO JÁ INDENIZADA.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158062/19

Número do Sinistro: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

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: 24/05/2019
Nome: ALANE REIS DA SILVA
CPF: 068.686.365-80

ALANE REIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158062/19

Número do Sinistro: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/09/2019
Nome: ALANE REIS DA SILVA
CPF: 068.686.365-80

ALANE REIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158062/19

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALANE REIS DA SILVA : 068.686.365-80

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: 10/05/2019
Nome: ALANE REIS DA SILVA
CPF: 068.686.365-80

ALANE REIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158062/19

Número do Sinistro: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

CPF: 068.686.365-80

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANE REIS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

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: 28/06/2019
Nome: ALANE REIS DA SILVA
CPF: 068.686.365-80

ALANE REIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALANE REIS DA SILVA

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALANE REIS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190317933

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALANE REIS DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190317933**

Vítima: ALANE REIS DA SILVA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALANE REIS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190317933**

Nome do(a) Examinado(a): **ALANE REIS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

TRAVESSA JOSE ALVES DE MACEDO - Tobias Barreto - SE - CEP 49300000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3.672.654-0**

Data e local do acidente: [**29/09/2018**] **TOBIAS BARRETO-SE**

Data e local do exame: [**30/09/2019**] **Estância** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA COMINUTIVA DO TÁLUS À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

REFERE DOR EM PÉ E TORNOZELO ESQUERDOS QUANDO DEAMBULA OU QUANDO FICA TEMPO PROLONGADO EM ORTOSTASE. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS EM TORNOZELO ESQUERDO.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA. REALIZOU CERCA DE 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

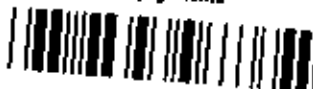
VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ATRAVÉS DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 06/06/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.



Assinatura do Médico Examinador - CRM/SE
4233

Alexsandro Silva Bonfim - CRM: 4233 - SE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoredalider.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 entre 16 e 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

CPF da vítima

068 686 36580

Nome completo da vítima

Alane Reis da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Alane Reis da Silva

CPF titular da conta

068 686 36580

Profissão

Lavadeira

Endereço

R. Jose Alves de Macedo

Número

48

Complemento

908

Bairro

Par. Pileti

Cidade

Tobias Boneto

Estado

Se

CEP

E-mail

jr.araujo.melo@bel.com.br

Telefone (DDD)

79 99816 6681

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)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Bradesco

Nº

237

AGÊNCIA

5984

D/V

CONTA

0004702

D/V

3

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

Tobias Boneto 22 de Abril de 2019

Local e Data

x Alane Reis da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BRAN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

ALANE REIS DA SILVA
AGENCIA 5984 CONTA 0004702-3

TERM. 051360

10:45 HRS
28/MAR/2019

DISPONIVEL 405,69
= TOTAL DISPONIVEL 405,69
+ CONTA FACIL (C/C + POUPI)
TOTAL DE RECURSOS 405,69
SALDO DISP. P/INVEST. 405,69

MOVIMENTACAO CONTA FACIL - C/C + POUPI

DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
10	SALDO ANTERIOR		0,00
20	RECEB PAGFOR 2005984		455,19
	SEGURODORA LIDER DO CONSORCIO 10		15,50
	TARIFA BANCARIA 0110119		15,50
	CESTA B.EXPRESS04		15,50
	TARIFA BANCARIA 0110219		15,50
	CESTA B.EXPRESS04		15,50
	TARIFA BANCARIA 0120319		15,50
	CESTA B.EXPRESS04		15,50
	SALDO TOTAL		405,69

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E REMOVEDORES
Poupanca Facil - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM REMOVEDOR(C)
ANIVERSARIO 28/03/2019 0,00
20 404,69 0,00
TOTAL

Demonstrativo para simples conferencia
Sujeito a alteracoes ate o final da dia.
Fone facil - 4002 0022 / 0800 570 0022
SAC Ato Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7779933 das 08h as 18h.
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TOBIAS BARRETO - TOBIAS BARRETO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031066/2018-A01

RELATO/HISTÓRICO

Narra a noticiante que em data, local e horário já mencionado nesta ocorrência encontrava-se na garupa da referida motocicleta conduzida por Jollson da Silva Góis, proprietário desta, o qual ao tentar desviar de alguns animais (cavalos), o joelho desta noticiante tocou em um animal, fazendo com que a noticiante caísse da motocicleta, vindo ao chão. A noticiante ainda informa que após a colisão passou a não sentir seu pé esquerdo, razão pela qual não conseguiu se levantar. Assim o condutor da motocicleta o qual também caiu, no entanto, não sofreu lesões, juntamente com populares que trafegavam naquela Rodovia, ajudou esta noticiante chegar até o Hospital São Vicente de Paulo, onde deu entrada, e posteriormente conduzida até o Hospital Governador João Alves Filho, em Aracaju/SE, em razão de constatação de fratura em seu pé esquerdo, ao da entrada nesta unidade hospitalar a noticiante foi conduzida ao Hospital Universitário em Lagarto, onde passou por procedimento cirúrgico, conforme atestados médicos emitidos pelos hospitais suscitados nesta ocorrência, os quais foram apresentados nesta unidade policial. Ressalta-se ainda que o médico cirurgião atestou 90 dias de repouso, não podendo esta noticiante tocar o pé no solo. Por derradeiro a noticiante informa que a motocicleta envolvida nesta ocorrência não sofreu avarias. Assim registra o referido boletim de ocorrência para requerer o seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS

Daniel Barreto da Paixão
Responsável pelo Atendimento

Alane Reis de Silva
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável(ais) pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Fábio Alan Pinto Pimentel
DELEGADO DE POLÍCIA

Fábio

DELE

Selo digital de Fiscalização Tribunal de
Justiça de Sergipe
3º Ofício da Comarca de Tobias Barreto



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia com o original extraída nesta
serventia, que confere com o original. Dou fé.

Tobias Barreto, 15 de Abril de 2019 10:38:39.

Assinado eletronicamente por: Roberto S. Cardoso

Assinado eletronicamente por: Roberto S. Cardoso

Assinado eletronicamente por: Roberto S. Cardoso

Assinado eletronicamente por: Roberto S. Cardoso

Assinado eletronicamente por: Roberto S. Cardoso



Delegado de Polícia Civil: Fábio Alan Pinto Pimentel
Impresso por: Daniel Barreto da Paixão
Data de Impressão: 15/04/2019 08:59
Protocolo nº: N50 dls pontivel

Página 2 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Alone Reis da Silva

06868636580

29/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



Tobias Baretto 22 de Abril de 2019

Local e Data

Alone Reis da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

N.º 3.1326

Hora de Entrada: 12:10

Identificação

Cartão SUS:

Outros ☐

Date de Nasc: 24/08/1997

Observação: R6. 22 nst. 2.1

RECEBIDO

~~1-2 JUL 7 1955~~

Deputada Líder DPVAT

UF: 57

Here: K-23

[illegible]

14000 Miles - 8-7-60

FILED NEW YORK NEW YORK

Ass. e Carlotta *Claudio* *et al.*

~~CONFIDENTIAL~~

1. Anamnese e Exame Físico:

Once up in the
cor cave to
the
Toothed
Dogs

2. Explain the following:

Full to Cole
+ Full to ESD
+ ~~Full to ESD~~
Rb R Joe Joe

3. Conduta / Prescrição:

① ~~Porter & Co~~ ^{Horário}
② ~~Clear Inc~~

U-Morário

Adelbert B. Sills, Esq.

Assinatura do Cliente / Responsável:

Ass: do nascer do

အသုံးပြုမှုများကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

INTREGALIDADE DA ASSISTÊNCIA

19:35hs - Feito medição de CPM. Enc.
 Rx p/ avaliação médica.
 21:45 - cliente transportado com ambulância ao município p/ HUSE
 (com ambulância) e logo acompanhado
 por familiares.
 30.09.18/07:30h seguinte refazer a triagem
 de triagem. Refazer a triagem
 da para ir ao Hospital Universitário
 de Lages (HUL).
 30.09.18/07:30h Regulado com êxito
 para Hospital Universitário de Lages (HUL).
 Médico especialista, Crislen.

da

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 INSTITUTO DE MEDICINA
 COORDENADORIA DE ATENDIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 INSTITUTO DE MEDICINA
 COORDENADORIA DE ATENDIMENTO

SAÍDA:

☐ Alta
☒ Transferência

☐ Evasão
☐ Óbito

Data: 29/08/18

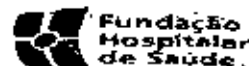
Horário: 21:45

Assinatura do Cliente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
AV. JOAO ALVES FILHO, S/N TEL.: (079) 3541-4641/3169
CEP: 49300-000 - TOBIAS BARRETO/CE



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUS - Vila, Fran

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTRUTOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

João Paulo da Silva

SEXO

M

NASCIDO EM

21/08/96

PRONTUÁRIO

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente vítima de acidente de carro, região
do crânio (SIL), manuseio com contusões,
semelhante importante do tornozelo e, além
disto nos MMSS e MMII verbalizando, sem
na consulta e Rx 130x90 mm Hg
Resumo: 356 LATE pirilica incógnita e clorofornia

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDIÇÃO ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Sobrecarga com fratura e Osteoporose
Rx com indicação de fratura de
Tórax de 1º e

DATA DO ENCAMINHAMENTO

24/02/98

Dr. João Paulo da Silva
Médico
RUBRICADO
CRM 156
CRM 156/93

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO