

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013729340599

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

COD. RENAVAM

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

1

531590151

2018

NOME

SEVERINA GOMES MACIEL

EXCELSIOR SEGUROS

07 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

RECIFE-PE

CPF / CNPJ

069.893.204-86

PLACA

FGH6305

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

952G150STCM003095

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

GARINNI / GR150 ST

ANO FAB.

2012

ANO MOD.

2012

CAP / POT / CIL

2P / 150CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

IPVA 2018 QUITADO

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE

LOCAL

DATA

02/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA VÍTIMAS DE ACIDENTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grão de Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

DETRAN

CONTRAN

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Suelina Gomes Nogueira

DATA DO ACIDENTE

02-05-17 CPF DA VÍTIMA 069.893.204-86

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____

UF _____

CEP _____

E-MAIL _____

TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIOEXCELSIOR SEGUROS
07 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

02-11-18

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

02-11-18

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524299 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524299 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524299 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR, INCHAÇO E DORMÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA E NO TORNOZELO ESQUERDO. NÃO HÁ EDEMA, HIPOTROFIA, NEM DOR À PALPAÇÃO. APRESENTA REDUÇÃO DISCRETA NA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO. JOELHO LIVRE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 09/05/17. EM 25/08/17, RETIROU FIXADOR EXTERNO. FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 2 MESES. RECUPERAÇÃO OCORREU SEM INTERCORRÊNCIA. REALIZOU ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NÃO APRESENTA LAUDO MÉDICO NEM RADIOGRAFIA RECENTE. ÚLTIMO EXAME DE IMAGEM DE SETEMBRO DE 2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rayssa Silva Leal Mousinho

CRM do médico: 22116

UF do CRM do médico: PE

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Luiz Antonio Serodio

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524299 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR, INCHAÇO E DORMÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA E NO TORNOZELO ESQUERDO. NÃO HÁ EDEMA, HIPOTROFIA, NEM DOR À PALPAÇÃO. APRESENTA REDUÇÃO DISCRETA NA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO. JOELHO LIVRE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 09/05/17. EM 25/08/17, RETIROU FIXADOR EXTERNO. FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 2 MESES. RECUPERAÇÃO OCORREU SEM INTERCORRÊNCIA. REALIZOU ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NÃO APRESENTA LAUDO MÉDICO NEM RADIOGRAFIA RECENTE. ÚLTIMO EXAME DE IMAGEM DE SETEMBRO DE 2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rayssa Silva Leal Mousinho

CRM do médico: 22116

UF do CRM do médico: PE

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Luiz Antonio Serodio

PROCURAÇÃO

Outorgante: Severina Gomes Maciel brasileiro (a), estado civil solteira, profissão Recife, residente e domiciliado à Rua Mojon d'Almeida nº 50.000.000, bairro: Recife Município de Recife, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 50.000.000, portador(a) do Rg nº: 6104803 e CPF nº 06959320486

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado(a) à Rua TOMAZ GONZAGA, nº 248, bairro: ZUMBI Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

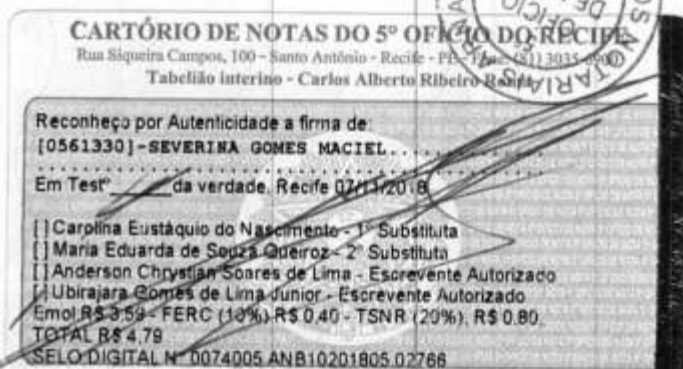
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severina Gomes Maciel, ocorrido em 02/05/2017 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

RECIFE, 07 de 11 de 2018.

Severina Gomes Maciel
Outorgante
CPF Nº 069.593.204-86

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405106/18

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

CPF: 069.893.204-86

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINA GOMES MACIEL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

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

SEVERINA GOMES MACIEL : 069.893.204-86

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: 07/11/2018
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405106/18

Número do Sinistro: 3180524299

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

CPF: 069.893.204-86

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINA GOMES MACIEL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

**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: **3180524299**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINA GOMES MACIEL**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Major Davino, 4, A - Fundão - Recife - PE - CEP 52130-080

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **6104803**

Data e local do acidente: [**02/05/2017**]

RUA MAJOR DAVINO , 1 - BAIRRO FUNDÃO - RECIFE - PE.

Data e local do exame: [**10/12/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

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

A VÍTIMA REFERE DOR, INCHAÇO E DORMÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA E NO TORNOZELO ESQUERDO. NÃO HÁ EDEMA, HIPOTROFIA, NEM DOR À PALPAÇÃO. APRESENTA REDUÇÃO DISCRETA NA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO. JOELHO LIVRE.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 09/05/17. EM 25/08/17, RETIROU FIXADOR EXTERNO. FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 2 MESES. RECUPERAÇÃO OCORREU SEM INTERCORRÊNCIA. REALIZOU ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NÃO APRESENTA LAUDO MÉDICO NEM RADIOGRAFIA RECENTE. ÚLTIMO EXAME DE IMAGEM DE SETEMBRO DE 2017.

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

[**X**] 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: (X) 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

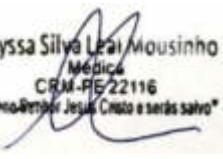
Região Corporal (Sequela):

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

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.



Rayssa Silva Leal Mousinho
Médica
CRM-PE/22116
"Credo: Deus, Jesus Cristo e serás salvo"

Rayssa Silva Leal Mousinho - CRM: 22116 - PE

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINA GOMES MACIEL

Nº Sinistro: 3180524299

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

Data do Acidente: 02/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180524299**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 13568373



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180524299

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

Data do Acidente: 02/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINA GOMES MACIEL

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 13582439



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 069.893.204-86 Nome completo da vítima: Elurina Gomes Maciel

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

Nome completo: Elurina Gomes Maciel CPF: 069.893.204-86

Profissão: do lar Endereço: Rua Major Dairino Número: 5 Complemento: -

Bairro: Fundão Cidade: Recife Estado: PE CEP: 55.000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 997140111

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 92916 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0106002891**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2018** às
08:15

Complementa o BO Número: 17E0106002873

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que
aconteceu no dia 2/6/2017 às 07:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MAJOR DAVINO, 1 - Bairro: FUNDAO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR VAGANTE)
CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO (OUTRO)
SEVERINA GOMES MACIEL (VITIMA)**

EXCELSIOR SEGUROS

07 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): SEVERINA GOMES MACIEL**

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

**SEVERINA GOMES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
GOMES MACIEL Pai: JOAQUIM MARINHO MACIEL Data de Nascimento: 30/8/1978
Naturalidade: PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MAJOR DAVINO, 4, CASA 04-A - CEP: 55000-000 - Bairro:
FUNDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: RUA MAJOR DAVINO, 4, CASA 4 A - CEP: 55000-000 - Bairro:
FUNDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINA GOMES MACIEL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA POM6305**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA DA MOTOCICLETA DE PLACA POM6305, CONDUZIDA POR SEU MARIDO, QUANDO VIU UMA KOMBÍ NO SENTIDO CONTRÁRIO, SE ASSUSTOU CAINDO DA REFERIDA MOTOCICLETA. QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA E TEVE FRATURA NA PERNA ESQUERDA.

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


SEVERINA GOMES MACIEL
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILBERTO BEZERRA ROCHA** - Matrícula: **3847748**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0106002873**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/09/2017** às
12:07

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu
no dia 2/5/2017 às 07:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA MAJOR DAVINO, 1 - Bairro: FUNDAO -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
SEVERINA GOMES MACIEL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na garagem da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
SEVERINA GOMES MACIEL

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

SEVERINA GOMES MACIEL (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
GOMES MACIEL Pai: JOAQUIM MARINHO MACIEL Data de Nascimento: 20/2/1978
Naturalidade: PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MAJOR DAVINO, 04, CASA 04-A - CEP: 55009-000 - Bairro:
FUNDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINA GOMES MACIEL, que
estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINA GOMES MACIEL
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: **PLACA PGH6395**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA NO CARONA DA MOTOCICLETA DE PLACA PGM6366, CONDUZIDA POR SEU MARIDO, QUANDO VIU UMA KOMBİ NO SENTIDO CONTRÁRIO, SE ASSUSTOU CAINDO DA REFERIDA MOTOCICLETA, QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA E TEVE FRATURA NA PERNA ESQUERDA.

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

↑ Severina Gomes Maciel
SEVERINA GOMES MACIEL
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: VIVIANE BORDA MARTINS FERREIRA - Matrícula: 221874-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 069.893.204-86 Nome completo da vítima: Elvina Gomes Maciel

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

Nome completo: Elvina Gomes Maciel CPF: 069.893.204-86

Profissão: do lar Endereço: Rua Major Daino Número: _____ Complemento: _____

Bairro: Fundão Cidade: Recife Estado: PE CEP: 55.000-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 997140111

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 92916 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001246 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^ª). CICERO ANTONIO SIQUEIRA CEZARIO , 53 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 2956981 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 583.708.034-15, residente à RUA MAJ DAVINO, nº 4, , FUNDAO , RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/05/2017, por volta das 08:06 hs, no endereço: RUA MAJOR DAVINO , 123, FUNDAO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTO, envolvendo MOTOCICLETA GARINI, PRETA, PLACA PGH6305-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^ª) SEVERINA GOMES MACIEL , inscrito sob o CPF nº 069.893.204-86 e Registro Geral nº 6104803, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ADELMO. Foi transportado(a) para o UPA OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1135568. Ficou aos cuidados do médico EDGAR, registro 4673. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

EXCELSIOR SEGUROS

07 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Posição em 05/09/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/> , consultar protocolo nº 2017APH001246

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 18/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINA GOMES MACIEL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000092916-3

Nr. da Autenticação 218D4DA8E6D3CF68

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

A/J. DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO

CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 - COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA GOMES MACIEL

CPF: 089.893.204-88 NIS: 18563157425

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAJ DAVINO 4 A

FUNDAO/RECIFE

52130-080 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

15/09/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/09/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/09/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000688919

CONTA CONTRATO

002666468018

Nº DO CLIENTE

2002694066

Nº DA INSTALAÇÃO

0002936170

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

RESERVADO AO FISCO

CA48.CBC8.A2C9.7055.33F4.678A.A60B.AD8C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17035803	5,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29204234	20,44
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	2,00	0,43806351	0,87
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,26
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24
Contribuição Iluminação Pública			13,67
TOTAL DA FATURA			41,59

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	27,92	0,64	0,17	27,92	3,00	0,83

EXCELSIOR SEGUROS

07 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16415709
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28141268
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,42211900

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
SET 17	102
AGO 17	96
JUL 17	95
JUN 17	87
MAI 17	100
ABR 17	94
MAR 17	105
FEV 17	63
JAN 17	114
DEZ 16	96
NOV 16	102
OUT 16	108
SET 16	108

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	11,48	41,13
Transmissão	1,89	3,30
Distribuição (Celpe)	6,86	32,16
Encargos Setoriais	2,67	6,36
Tributos	1,50	3,58
TOTAL	27,92	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº GAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LBTURA	DATA	LBTURA				
ME5593	CAT	06/08/2017	16.061,00	08/09/2017	16.163,00	31	1,00500	0,00	102,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LBTURA: 09/10/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul2017					
DIC-Nº.de horas sem Energia	SÃO BENEDITO	0,51	4,35	8,91	18,82
RC-Nº.de vezes sem Energia		2,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,39	2,77	6,00	6,00
DCR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,62					
Todo Consumidor pode solicitar a apreensão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,80. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVELS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002666468018	09/2017	0,00	15/09/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Auxo L. de O. Veigo inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.058.754-48
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fluxina Gomes Maciel inscrito
(a) no CPF sob o Nº 069.893.204-86, do sinistro de DPVAT cobertura involuntária da Vítima
Fluxina Gomes Maciel, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.893.204-86, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Tomaz Gonzaga</u>		Número <u>248</u>	Complemento -
Bairro <u>Zumbi</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.711-090</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 997140111</u>

Recife, 07 de novembro de 2018.
Local e Data

Maria Auxo L. de O. Veigo
Assinatura do Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
6359362 RDS PE

CPF 059.058.754-48 DATA NASCIMENTO 07/01/1985

FLUACAO
MARCOS ANTONIO DE
QUEIROZ VEIGA
EVA AUREA DE LUCENA AR
AGAO DE QUEIROZ VEIGA

PERMISSAO ACC CAT HAB B

Nº REGISTRO 02946519314 VALIDADE 01/04/2020 1ª HABILITACAO 18/07/2003

PROIBIDO PLASTIFICAR
1024537059

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador

LOCAL RECIFE - PE DATA EMISSAO 06/04/2015

Assinatura do Emissor 31999841756 PE065874730

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS
07 NOV. 2018
SEGURO DPVAT