

**DETTRAN**

**CUNTRAN**

TESSA  
100  
**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETTRAN - PE**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA

CÓD. RENAVAM

P.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

**PGH6305**

PLACA ANT / UF

\*\*\*\*\* PE

CHASSI

**952G150STCM003095**

ESPÉCIE TIPO

**PAS /MOTOCICLISTA**

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**

1: \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA.

**1**

PARCELAMENTO / COTAS

2: \*\*\*\*\*

3: \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

**SEGURADO PAGO**

**BO OBRIGATÓRIO**

OBSERVAÇÕES

**SEM RESERVA**

**DESENHO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
AO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA**

RECIFE

LOCAL

DATA

**02/02/18**

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Dir. Presidente DETRAN/PE

**DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA VIDENTE**

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

Data do óbito da vítima:

Se a vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

Grande Parentesco com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Silvana Gomes Nacile

DATA DO ACIDENTE 02-05-17 CPF DA VÍTIMA 069.893.201-86

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

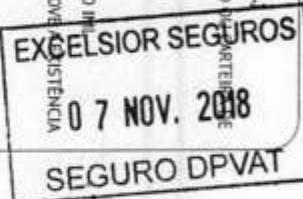
(CEP) \_\_\_\_\_

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 CARTERA 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)
- ANA 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 BANCÁRIO



## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, 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 6.947/74.
  - \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOSO). 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURUOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURUOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

## 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
DATA 07-11-18

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 07-11-18

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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 GESELLADA 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
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## 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:**

# 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 GESELLADA 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
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## 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:**

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Severina Gomes Maciel brasileiro (a), estado civil só teira, profissão residente e domiciliado à Rua Mojen diven n° bairro: Fundao Município de Recife, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 50.000-000, portador(a) do RG nº: 6104805 e CPF nº 069.593.204-86

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



CARTÓRIO DE NOTAS DO 5º OFÍCIO DO RECIFE  
Rua Siqueira Campos, 100 - Santo Antônio - Recife - PE - Fone: (81) 3035-0900  
Tabelião Titular - Carlos Alberto Ribeiro Ribeiro

Reconheço por Autenticidade a firma de:  
[0561330] - SEVERINA GOMES MACIEL

Em Teste da verdade, Recife 07/11/2018

[ ] Carolina Eustáquio do Nascimento - 1º Substituta  
[ ] Maria Eduarda de Souza Queiroz - 2º Substituta  
[ ] Anderson Christian Soares de Lima - Escrivente Autorizado  
[ ] Ubirajara Gomes de Lima Junior - Escrivente Autorizado  
Emol: R\$ 3,50 - FERC (10%) R\$ 0,40 - TSNR (20%), R\$ 0,80.  
TOTAL R\$ 4,70  
SELO DIGITAL N° 0074005 ANB10201805.02768



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405106/18

**Vítima:** SEVERINA GOMES MACIEL

**CPF:** 069.893.204-86

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/05/2017

**Titular do CPF:** SEVERINA GOMES MACIEL

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/11/2018

Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA  
CPF: 059.058.754-48

Data do cadastramento: 07/11/2018

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

RAIANNE SILVA BARBOSA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405106/18

Número do Sinistro: 3180524299

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

Data do acidente: 02/05/2017

CPF: 069.893.204-86

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINA GOMES MACIEL

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 27/11/2018

Data do cadastramento: 27/11/2018

Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA  
CPF: 059.058.754-48

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo esquerdo**

% 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

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  
"Cérebro é de Deus, Jesus Cristo é seu salvador"

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**

---

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 médica-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](http://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.

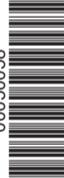
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



# 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 *Suzanna Gomes Maciel*

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

Nome completo:

*Suzanna Gomes Maciel*

CPF:

069 893 204-86

Profissão:

*do lar*

Endereço:

*Rua Major Dantas*

Número:

4

Complemento:

Bairro:

*Fundão*

Cidade:

*Recife*

Estado:

*PE*

CEP:

55.000-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(81) 9971-3011

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

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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: **0045**

CONTA: **92936**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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)  Divorciado  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 (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 que assinou

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

EXCELSIOR SEGUROS  
07 NOV. 2018  
SEGURADO DPVAT

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  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -  
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0106002891**

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

Complementa o BO Número: 17E0106002873

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE )  
CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO (OUTRO)  
SEVERINA GOMES MACIEL (VITIMA)

**EXCELSIOR SEGUROS**  
**07 NOV. 2018**  
**SEGURÓ 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 84-A - CEP: 56000-000 - Bairro: FUNDÃO - 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: 56000-000 - Bairro: FUNDÃO - 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 PGH6305**

**Complemento / Observação**

**ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA DA MOTOCICLETA DE PLACA PGH6305, CONDUZIDA POR SEU MARIDO, QUANDO VIU UMA KOMBI 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**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GILBERTO BEZERRA ROCHA** - Matrícula: **3847742**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -  
DP16ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0106002873

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

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO** - Cuidoso (Consumado) que aconteceu no dia 2/5/2017 às 07:00

Fato ocorrido no endereço: RUA MAJOR DAVINO, 1 - Bairro: FUNDÃO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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 no 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, 84, CASA 84-A - CEP: 56000-000 - Bairro: FUNDÃO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente ao 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 PGH6305

**Complemento / Observação**

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA NO CARONA DA MOTOCICLETA DE PLACA POMG306, CONDUZIDA POR SEU MARIDO, QUANDO VIU UMA KOMBI 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 neste unidade policial

*Severina gomes maciel*  
SEVERINA GOMES MACIEL  
(VITIMA)

B.O. registrado por: VIVIANE BORDAS 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:

Nome completo da vítima:

069 893 204-86 *Serina Gomes Mocie*

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

Nome completo:

*Serina Gomes Mocie*

CPF:

069 893 204-86

Profissão:

*do lar*

Endereço:

*Rua Major Dâmaso*

Número:

2

Bairro:

*Fundão*

Cidade:

*Recife*

Estado:

*PE*

CEP:

55.000-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(81) 9971-4011

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

RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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: *0649*

CONTA: *92916*

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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)  Divorciado  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:  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

*EXCELSIOR SEGUROS*  
*07 NOV. 2018*  
*SEGURADO DPVAT*



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**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: 00000092916-3

---

Nr. da Autenticação 218D4DA8E6D3CF68

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO**  
AV. JÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



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  
Ouviridora 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

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	
SEVERINA GOMES MACIEL	
CPF: 068.893.204-88 NIS: 16663157425	
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	
RUA MAJ DAVINO 4 A	
FUNDÃO/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	

<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>15/09/2017</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>08/09/2017</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>002666468018</b>
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>08/09/2017</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2002694068</b>
	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>000688919</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0002836170</b>
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b> <b>Monofásico</b>		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>CA48.CBC8.A2C9.7055.33F4.678A.A60B.AD8C</b>		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				EXCELSIOR SEGUROS			
				07 NOV. 2018			
<b>DESCRÍCIONE</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>PREÇO</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	SEGURADO DPVAT			
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			0,28				
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24				
Contribuição Iluminação Pública			13,67				
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>41,59</b>				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>		<b>COFINS</b>				
<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR DO IMPOSTO</b>	<b>BASE DE CÁLCULO</b>	<b>%</b>	<b>VALOR DO IMPPOSTO</b>		
0,00	0,00	27,92	0,64	0,17	27,92 3,00 0,63		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº GAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRÍCIONE	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
		DATA	LITURA	DATA	LITURA											
MES693	CAT	08/08/2017	16.061,00	08/09/2017	16.163,00	31	1,00000	0,00	102,09	DC-Nº de horas sem Energia	SAO BENEDITO	0,51	4,35	9,91	19,82	
										RC-Nº de vezes sem Energia		2,00	3,17	8,35	12,70	
										DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,38	2,77	0,00	0,00	
										DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICR: 12,22	
										EUD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,00						
										Todos Consumidores podem solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						NÍVEIS DE TENSÃO					
DESTAQUE AQUI			TENSÃO NOMINAL(V)			LIMITE DE VARIAÇÃO(V)					
CONTAS CONTRATOS			MÉS/ANO			MÍNIMO			MÁXIMO		
002666468018	09/2017	0,00	15/09/2017			220	202	231			

FATURA PAGA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Áurea L. de O. Veiga inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.058.754-48, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Silvânia Gomes Maciel inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.893.204-86, do sinistro de DPVAT cobertura inviolável da Vítima Silvânia 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

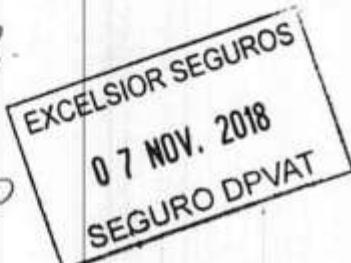
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Tomaz Conrado</u>	Número <u>248</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Zumbi</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99140111</u>

Local e Data

Assinatura do Declarante





EXCELSIOR SEGUROS  
07 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT