

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000010026508-1

---

Nr. da Autenticação 9625CF1C93E7620D

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josivânia Barbosa da Silva,

RG nº 8.501.319, data de expedição 14/05/2014 Orgão SDS-PE

CPF nº 104.249.914-46 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Chácara de Riqueza</u>
Número	<u>12</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim - PE, 25/02/2019

Assinatura do Declarante:

X/Josivânia Barbosa da Silva

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
PE/PE-PE





## 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 Geane da Silv. Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794.51, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josivânia Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.249.914.46, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josivânia Barbosa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.249.914.42, 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	Rua da Glória	Número	317	Complemento	Ceca
Bairro	Centro	Cidade	Limeira	Estado	PE
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(81) 99938-8886

Assinatura de Geane da Silv. Coutinho de 25/02/2019  
Local e Data

07 MAR 2019

Assinatura do Declarante

Assinatura, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
REOFI-PE

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dorival José de Lima,

RG nº 7070.625, data de expedição 09/05/2002

Órgão SIS/PE, portador do CPF nº 070.001.594-99, com domicílio na cidade de Rom Jardim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Várzea Alegre, nº SPC,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Josivânia Barbosa da Silva cujo o condutor era Josivânia Barbosa da Silva.

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 TITAN EX

Modelo: 2012

Ano: 2012

Placa: PFVU-0150

Chassi: 9C2K1660CR545514

Data do Acidente: 05/01/2018

Local e Data: Rom Jardim, 10 de agosto de 2018.

Cartório

X Dorival José de Lima

Assinatura do Declarante

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

**Cartório Sérgio Vasconcelos**  
Sergio Ricardo Vasconcelos - TABELIÃO

Rua Dorival Lima, 12 - Centro  
Rom Jardim/PE - Cep 55730-000  
Tel (81) 3636-1919

Reconheço por Autenticidade a firma de DORIVAL JOSÉ DE  
LIMA, Rom Jardim, 10 de agosto de 2018. Em testemunha  
Joacim da Verdade, José LUIZ BEZERRA,  
SUBSTITUTO Fazenda R\$ 3,39 - FERG: R\$ 0,40 - TSEB: R\$ 0,80 -  
Total: R\$ 4,79 Salvo ocorrência de 007798-PEH05201801.02123 Consulte  
autenticidade em [www.tabeliao.com.br/seuDigital](http://www.tabeliao.com.br/seuDigital)

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

# CENTRO DE DIAGNÓSTICO

**COL**

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que a Sra. JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA , foi vítima de acidente de trânsito no dia 05/01/2018, sofrendo LESÃO LACERO CONTUSA NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO , submetida a sutura do ferimento e curativo oclusivo. Atualmente apresenta dor à palpação na face anterior do joelho direito, com deficit de força muscular do MID. RX do joelho direito normal e Rmn Joelho direito com Tendinopatia patelar . Encontra-se de alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 06/09/2018

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM: 11.730/TEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA  
CRM: 11.730

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO-CORRETOKA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2018  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

## HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Secretaria Municipal de Saúde

**SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO**

Data	05-01-2019	Hora	17:20	Registro	561049
Nome	Mozartina Barbosa da Silva			Referência	
Endereço	Sítio Vila Rica - Alegre			Cidade	Bom Jardim
Bairro				Cor	Profissão
Idade	24 anos	Sexo	F		
Responsável	Silvana Justino Barbosa			Fone:	
Endereço Responsável					
Nascimento	15-09-1993			SUS: 706507393057295	

**DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO** ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

 AGRESSÃO

POR	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

 ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

 AUTO AGRESSÃO / SUÍCIO

<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

 OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

<input type="checkbox"/> Inalação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

 LOCAL DE OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
---	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

## QUEIXAS

*Pete o relato da queda de bude + ferimento*

## EXAME FÍSICO

PA	PESO	FC	PULSO 05.802.494/0001-41 TRACAO CORREIORA DE SEGURO LTDA 07 MAR 2018	TEMPERATURA
----	------	----	--	-------------

Rua da Amizade, nº 123, sala 001  
Bom Jardim - CE - 62600-010  
CEP: 62600-010

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	
----------------------	--

PROCEDIMENTOS	CÓDIGO
---------------	--------

*Anapni + Anfis + Sintomas + exames.*

*Tensão arterial 140/90 mmHg.*



Dr. Roffael Duque  
Magalhães  
05/01/2019

MÉDICO RESPONSÁVEL	
--------------------	--



# UESB Consultórios Médicos

CARDIOLOGIA  
(Eletrocardiograma)

COLPOSCOPIA

OTOLÓGIA  
ONCÓTICA  
(Prevenção de Câncer  
Ginecológico)

CLÍNICA MÉDICA  
(Eletrocardiograma)

DERMATOLOGIA

OFTAMOLOGISTA  
(Oculista)

GINECOLOGIA E  
OBSTÉTRICA

PSIQUIATRIA

LABORATÓRIO DE  
ANALISES

MEDICINA DO  
TRABALHO

PEDIATRIA

PSICOLOGIA

ORTOPEDISTA

OTORRINO

ULTRASSONOGRAFIA

UROLOGIA

## Laudo Médico

Atestado que José Vínia Barboza da Silva (RG 8.501.339 SDS/PE) vítima de acidente motocicístico em 08/03/2018, sofreu lesão (ruptura) parcial do tendão patelar do joelho (D) (C19,S86.2).

Lesão extensa da pele mala da face anterior do joelho (D). Realizou tratamento com pequena cirurgia para sutura das lesões cutâneas do joelho (D) e posterior mobilização. Apresenta-se com debilidade funcional de 50% do MIP, diminuição da força e estabilidade do joelho (D). ALTAS médicas definirão.

CONCLUSÃO:

Dr. João Luiz da Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 12035

CARIPINA - Av. Congresso Eucaristônio International, 8442 - Santo Cruz - Fone/Fax: (81) 3621.3956 / 3622.1350  
SÃO LOURENÇO DA MATA - Av. Doutor Francisco Correia, 1278 - Centro - Fone/Fax: (81) 3625.3958 / 3619.0084  
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - Rua Joaquim Nabuco, 331 - Matriz - Fone: (81) 3625.4898/3625.1088

05.802.494/0001-1  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, 11175, S. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.160-010  
RECIFE/PE



PREFEITURA DO  
**BOM JARDIM**

Nome: Josiane Barbosa da Silva

Endereço: \_\_\_\_\_

## RECEITUÁRIO

Laudo Médico

Paciente vítima de acidente de trânsito com traumato no joelho (D) evoluindo com perfeita dor refratária à fisioterapia.  
(cip 10 n 23)

Bom Jardim, 01/03/18

Dr. Vílio  
Médico

05.802.494/0001-41  
TRAGÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2019  
Rua da Aurora, 10175, S. 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECPE-49

Início de internação dos  
fólicos D. Cuiá Trent.  
Município de Aracaju.  
Machado ex. d'Amorim.



**HOSPITAL  
DO VALE**  
INSTITUTO VALE INVESTIMENTOS  
INovação em Educação e Saúde  
CNPJ: 19.282.494/0001-02

Josévaldo Brazil Silva  
Josévaldo

Lelôsimo 08/03/18

Dr. José Valdely Steffen  
Traumatologista  
CRM: 2624

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS ITDA  
07 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, 9.902-810  
Belo Horizonte - MG  
CEP: 31010-000

ESTADO S/ P/ PRECINTO  
NOME E. RONALDO  
SANTOS SOARES D. NO. DO  
PACTO 1), VITIMA DE  
MULTIpla lesão (1c),  
ESTADO S/ P/ 05/01/2018.

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS ITDA  
Josévaldo Brazil Silva  
Trabalho no Gabinete  
Gabinete - 3524



PREFEITURA DO  
**BOM JARDIM**

Nome: Alexandre Bambam

Endereço:

## RECEITUÁRIO

Francterope para joelhos  
2 C molas

Fornecimento anterior em  
joelhos

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2009

Rua da Aurora, nº 173, 9º andar  
Boca do Rio - CEP 50.000-010  
Mato Grosso

Bom Jardim MS 2009  
Mato Grosso

Prontuário: 01603582

Pedido: 196430

Paciente: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

Médico Solicitante: Dr.(a) JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA

Data do Atendimento: 05/07/2018

Convênio: SUS

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

### TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens do joelho direito através de sequência ponderada em T1 no plano sagital e ponderada em T2, e em densidade prótons com supressão de gordura nos planos axial, coronal e sagital.

### -ANÁLISE:

- Presença de tendinopatia patelar importante caracterizado por aumento da espessura tendinea e hipersinal na sequência ponderada em FAT sem evidência de rupturas transfixantes associada a peritendinite com leve edema circunjacente ao tendão patelar. O tendão quadriceps encontra-se em contiguidade.
- Minima quantidade de líquido intrarticular sem derrame patológico franco.
- A patela é de topografia habitual de acordo com os critérios Caton-Deschamps. A patela é do tipo II de Wiberg sem básculas importante exibindo mínimo edema condral na transição do vértice com a faceta lateral sem extensão ao osso subcondral.
- Tróclea femoral com sulco mantido exibindo cartilagem de revestimento íntegra.
- Na avaliação da cartilagem dos côndilos observa aspecto normal mesmo nas áreas de carga.
- Ligamentos cruzados em contiguidade.
- Ligamento colateral medial e colateral lateral íntegro.
- Banda iliotibial em contiguidade.
- Menisco lateral íntegro.
- Menisco medial íntegro.
- Planos musculares livres.

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2019  
RUA DA AURORA, Nº 174, SL. 902 BL. C  
BONS VISTOS - CE - 50.060-000  
IEC/CE-PE

RESONÂNCIA MAGNÉTICA



Nome: Josévania barbosa da silva

Endereço: \_\_\_\_\_

## RECEITUÁRIO

D. Dado para os devidos fins, que  
a referida paciente. Portadora de  
ruptura parcial do tendão patelar  
(MID). No momento apresenta  
sequela. Diminuição de força  
em quadríceps (MFO), deficit de  
propriocepção, instabilidade patelar.  
Não apresenta condições cirúrgicas  
de retornar as suas atividades  
laborais. CID - S81 / S86

Dr. Andrew Jackson 05.802.494/0001-41  
Fisioterapeuta  
Acupunturista  
CREFITO 172517-F  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2019

Rua da Aurora, 19 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.063-010  
RECIFE-PE

Bom Jardim, 07/03/2019

Médico

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOSÉ LAVARES BORGES

**08R11**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DATA DE EXPEDIÇÃO **14/05/2014**

REGISTRO GERAL

NOME

**8.501.319**

FILHOS

<< JOSÉ BARBOSA DA SILVA >>  
<< SILVANA JUSTINO BARBOSA >>

NATURALIDADE

**BOM JARDIM - PE**

DATA DE NASCIMENTO

**15/09/1993**

DOC. ORIGEM &lt;&lt; CN.15076 LA12 F.182 CART. BOM JARDIM-PE 04.10.1993 &gt;&gt;

CPF  
**104.249.914-46***Josivânia Barbosa da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



05.802.494/0001-41  
TRIAGÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE/PE



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAIO 2013

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C  
Boa Vista - CEP 50.960-010  
RECIFE-PE





05.802.494/0001-43  
TRIACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2019  
Rua da Aurora, 119 375.51.902 BL. C.  
Bom Jesus - CEP: 50.060-070  
REF: F.05

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190184768

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** SI CHACARA DE PREGUIÇA, 12 - Bom Jardim/PE - CEP 55730-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 8501319 - sds pe - 14/05/2014

**Data e Local do Acidente :** 05/01/2018 - Bom Jardim/PE

**Data e Local do Exame :** 21/03/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

contusão em joelho direito com ferimento local, com lesão de tendão patelar

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

Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 4 meses,

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

vítima com instabilidade articular do joelho direito, limitação leve na mobilidade (flexão a 100 graus), com deficit de força leve, sem alteração da marcha, presença de cicatriz de sutura.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**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 de grau leve do joelho direito, com instabilidade articular

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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

joelho direito

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184768      **Cidade:** Bom Jardim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA      **Data do acidente:** 05/01/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão em joelho direito com ferimento local, com lesão de tendão patelar

**Descrição do exame físico:** Vítima com instabilidade articular do joelho direito, limitação leve na mobilidade (flexão a 100 graus), com deficit de força leve, sem alteração da marcha, presença de cicatriz de sutura.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.  
Alta há cerca de 4 meses,

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional leve (25%) em joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184768      **Cidade:** Bom Jardim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA      **Data do acidente:** 05/01/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão em joelho direito com ferimento local, com lesão de tendão patelar

**Descrição do exame físico:** Vítima com instabilidade articular do joelho direito, limitação leve na mobilidade (flexão a 100 graus), com deficit de força leve, sem alteração da marcha, presença de cicatriz de sutura.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.  
Alta há cerca de 4 meses,

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional leve (25%) em joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184768      **Cidade:** Bom Jardim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA      **Data do acidente:** 05/01/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**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. PAG.03

## 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 joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184768      **Cidade:** Bom Jardim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA      **Data do acidente:** 05/01/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**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. PAG.03

## 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 joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

### 1. Outorgante Josivânia Barbosa da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 8.501.319, expedido por SDS/PE, em  
14/105/2014, inscrito no CPF sob o nº 104.249.914-46, residente na  
Sítio Virzea Alegre, nº S/nº,  
complemento casa, Bairro Zona Rural, cidade  
Bom Jardim, Estado PE.

### 2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em  
06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na  
Rua da Alegria, nº 317,  
complemento casa, Bairro Centro, cidade  
Limeiro, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e expediente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Bom Jardim 10 de agosto de 2018

Outorgante Josivânia Barbosa da Silva

Carlito Sérgio Vasconcelos  
Sergio Ribeiro Vasconcelos - TABIUM

Rua Deodoro Lima, 12 - Centro  
Bom Jardim-PE - Cep 56730-000  
Tel (81) 3838-5810

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSIVÂNIA BARBOSA DA SILVA, no dia 10 de agosto de 2018. Eu testemunhei  
da verdade. JOSÉ LUIZ BEZERRA,  
SUSTITUTO Enol. R\$ 3,39 - FEROL: R\$ 0,40 - FNIR: R\$ 0,80 -  
Total: R\$ 4,79 Selos 0077586, IX90201801.02131 Consulte  
autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seletaptal](http://www.tjpe.jus.br/seletaptal)

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGURO LTDA

07 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Bp. Metá - CEP 50.040-010  
Maceió - PE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078776/19

**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 104.249.914-46

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/01/2018

**Titular do CPF:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA 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

### GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

### JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA : 104.249.914-46

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

Data da entrega: 07/03/2019  
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO  
CPF: 029.648.794-51

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

---

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190184768**

**Vítima: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

---

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190184768**

**Vítima: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

---

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190184768**

**Vítima: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 001**

**Agência: 000001650-0**

**Conta: 000010026508-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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: CFF da vítima: Nome completo da vítima:

*104.249.914-46 Josevânia Barbosa da Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 440/2012

Nome completo: <i>Josevânia Barbosa da Silva</i>	Profissão: <i>Agricultora</i>	Endereço: <i>Sítio Chacara de Prequisa</i>	CPF: <i>104.249.914-46</i>
Residência: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Bons Jardins</i>	Estado: <i>PE</i>	Número: <i>12</i>
E-mail:			Complemento: <i>Casa</i>
			CEP: <i>55.730-000</i>
			Tel (DDI): <i>(81) 99938-8886</i>

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

DADOS CADASTRAIS  
RENDIMENTO:  
 REUSSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Rodar os bancos): Nome do BANCO: _____
--	--

AGÊNCIA: <i>1650</i> <input type="radio"/> CONTA: <i>26508</i> <input checked="" type="checkbox"/>	AGÊNCIA: _____ <input type="radio"/> CONTA: _____ <input checked="" type="checkbox"/>
(Informar o dígito de sufixo)  (Informar o dígito de sufixo)	(Informar o dígito de sufixo)  (Informar o dígito de sufixo)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo acinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes do 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 rendição ao direito de contestá-la, caso disconcorde 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 omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 229 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <i>Bons Jardins - PE, 25/02/2015</i>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: <i>05.802.490/0001-41</i>	CPF: _____
	05.802.490/0001-41	05.802.490/0001-41
	TRACÃO CORRETORA	TRACÃO CORRETORA
	DE SEGUROS LTDA	DE SEGUROS LTDA
	Assinatura	Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina o RG  
*X Josevânia Barbosa da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio (teor do conteúdo), antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CFF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
06/07/2018 - Autoatendimento - 08:48:00  
165074471 0168

SALDO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

AGÊNCIA:	1650-0
CONTA:	26528-X
CLIENTE:	JOSIVANIA BARBOSA DA SILV
VARIACÃO: 51 Poupança	
SALDO ATUAL	183,06 C
SALDO POUPEX	0,00 C
SALDO TOTAL	183,06 C

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAP 279  
Rua da Aurora, nº 175, S. 902 B.C  
Boa Vista - CEP 50.000-000  
9933-44

*Carta Poupança*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

OAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CIF da vítima:

Nome completo da vítima:

**104.249.914-46 Josevania Barbosa da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP 09-4/05/2012

Nome completo:

**Josevania Barbosa da Silva**

Profissão:

**Agricultora**

Endereço:

**Sítio chacara de preguica**

Bairro:

**Zona Rural**

Cidade:

**Bon Jardim**

Estado:

**PE**

E-mail:

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

RENDIMENTO:

RECUZO 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 (documente 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: **1650**

CONTA: **26 508**

AGÊNCIA:

CONTA:

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 à região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, adicione 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 omisão 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: **Bon Jardim - PE, 25/02/2018**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

**X Josevania Barbosa da Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: **05.802.498/0001-41**

Nome: **TRACAO CORRETORA**

CPF: **DE SEGUROS LTDA**

Assinatura

Nome: **07 MAR 2018**

CPF: **125.51.902-010**

Nome: **Rua da Aurora, nº 125, 51.902-010**

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# CENTRO DE DIAGNÓSTICO

# COL

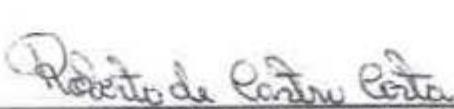
- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que a Sra. JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA , foi vítima de acidente de trânsito no dia 05/01/2018, sofrendo LESÃO LACERO CONTUSA NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO , submetida a sutura do ferimento e curativo oclusivo. Atualmente apresenta dor à palpação na face anterior do joelho direito, com deficit de força muscular do MID. RX do joelho direito normal e Rmn Joelho direito com Tendinopatia patelar . Encontra-se de alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 06/09/2018

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11730/TEOT: 7334

  
ROBERTO DE CASTRO COSTA  
CRM: 11.730

05.802.494/0001-11  
TRAÇÃO CORRETOKA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2019  
Av. da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE