

CHPJ 09.240.601/0001-04

DPVAT/RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013638140090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD-RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
0100051/70 0000000000 2016

NOME
ALBERTO RIBEIRO DIAS
CPF/CNPJ
601.186.925-91
PLACA
QKN0741

PLACA ANT./UF
JKN0741/SE
CHASSI
30443-26011008-589

ESPECIE/TIPO
ABRIL
COMBUSTÍVEL
GLP
MARCA/MODELO
HONDA CG 150 TITAN ESE
ANO FAB.
2014
ANO MOD.
2014

CAP. POT./CL.
150/15
CATEGORIA
LAVAR
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
VENA COTA ÚNICA
VENO COTAS
1º
2º
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
COTA ÚNICA

PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO
22/03/2016

LOCAL
ITAPIANA-SE
DATA
22/03/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013638140090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 12/03/2016
VIA CPF/CNPJ PLACA
0100051/70 601.186.925-91 QKN0741

RENAVAM MARCA/MODELO
0100051/70 HONDA/CG 150 TITAN ESE
ANO FAB. CAT. IV Nº CHASSI
2014 8 90443-26011008-589

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 81,29
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,82
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
COTA ÚNICA
DATA DE QUITAÇÃO
22/03/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04

DPVAT/RJ



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

quinta-feira, 18 de julho de 2019

Nº Laudo
6605/2019

Dados Da Vítima

Nome da Vítima

MARIA REZENDE CUNHA

Estado Civil

SOLTEIRO

Sexo

FEMININD

Cor

PARDA

Profissão

LAVRADORA

Nascimento

23/03/1977

Idade

42

Naturalidade

ITABAIANA

UF

SE

Instrução

1º Grau Completo

Nome da Mãe

MARIA JOSEFA DE REZENDE

Nome do Pai

MANOEL AURELINO DE REZENDE

Endereço

R. JOSEFA VIEIRA DOS SANTOS, 181

Bairro

CENTRO

Município

ITABAIANA/SE

Nome da Autoridade

JOSEFA VALERIA N. ANDRADE

Função

JOSEFA VALERIA N. ANDRADE

Unidade

ITABAIANA/SE

1º Perito Relator

DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS

Cremesi/Crose

3296

2º Perito Relator

Cremesi/Crose

MASC/LAUDO

Nº6605/2019

Local da Perícia

Sala de IML

Tipo

Causa

Histórico/Descrição

Histórico

Relata a pericianda que fora vítima de acidente de trânsito do tipo colisão entre duas motocicletas, fato ocorrido por volta das 14h00 do dia 14/03/2018, no município de Itabaiana-Se. Socorrida pelo SAMU e encaminhada ao H. Reginal de Itabaiana e transferida em seguida ao HUSE onde foi atendida e constatado fratura do punho direito.

Descrição

Ao exame apresenta cicatriz cirúrgica incisa, de morfologia linear, medindo 3,0 cm, localizada em terço distal do antebraço direito. Durante o exame apresentou limitação leve para os movimentos do punho direito. Trouxe cópia de prontuário médico do HUSE, datado de 14/03/2018, onde consta que a pericianda fora vítima de acidente de trânsito apresentando fratura em punho direito. Foi submetida à redução e imobilização com tala gessada. Recebeu alta hospitalar para aguardar procedimento cirúrgico. Trouxe prontuário médico do H. Regional de Itabaiana, datado de 23/03/2018, onde consta que a pericianda fora submetida à cirurgia para correção de fratura do rádio direito com fixação percutânea. Recebeu alta no dia seguinte. Trouxe película de raio-X que evidencia fratura de terço distal do rádio.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se faz necessário afastá-la de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias. Resultaram, entretanto em

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais
MARIA REZENDE CUNHA

LAUDO Nº 6605/2019



dano funcional permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a mobilidade do punho direito.

Conclusão

Em face do exposto concluímos que do acidente, resultou para a pericianda um dano permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a função motora do punho direito.

Exame realizado às 10h35 do dia 18/07/2019.

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Sem elementos.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Sim, dano funcional permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a mobilidade do punho direito.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS

Dr. Victor Barros
Perito Médico - Legal
CRM 3296

MASC/LAUDO Nº 6605/2019






GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM ATENDIMENTO À MULHER DE ITABAIANA

GUIA DE EXAME NO VIVO
S/N/ 2019

06635/2019
6605 IML-SE

AUTORIDADE REQUISITANTE: JOSEFA VALERIA NASCIMENTO ANDRADE
NATUREZA DA PERÍCIA: LESÃO CORPORAL EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
REMETER O LAUDO PARA: DELEGACIA DE ATENDIMENTO À MULHER DE ITABAIANA
PERICIANDO: MARIA DE REZENDE CUNHA SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL PROFISSÃO: LAVRADORA
R.G: 1.563.239 NATURALIDADE: ITABAIANA/SE
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
FILIAÇÃO: MANOEL AURELINO DE REZENDE E MARIA JOSEFA DE REZENDE
ENDEREÇO: RUA JOSEFA VIEIRA DOS SANTOS, 181, CENTRO, ITABAIANA/SE
DATA DO FATO: 23/03/2019 HORA DO FATO: 14:00H
TELEFONE: 79 9 9951-0999
RESUMO DA OCORRÊNCIA: TRATA-SE DE EXAME PERICIAL PARA AVALIAÇÃO DAS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO

ITABAIANA/SE, 27 DE MAIO DE 2019.


JOSEFA VALERIA NASCIMENTO ANDRADE
Delegada de Polícia

Recebido em:

Assinatura do Periciando: _____

Recebi uma Guia de

Apresentado para ser submetido a perícia médica de

Ficando a mesma registrada à página _____ sob o nº _____ do livro da Porta.

Aracaju/SE, _____ de _____ de 2019.

O PORTEIRO

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
JOSE BONIFACIO DE GOIS		(79) 996066460	
ENDEREÇO / Address		(79) 991358159	
RUA: JOSÉ ANTONIO DOS PASSOS, 243 CASA			
Bairro - BAIXA FRIA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
49530000	Ribeirópolis	SE	BRASIL

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
MBM SEGURADORA S/A		212223-0809	
ENDEREÇO / Address			
RUA: ALVARO ALVIM, nº 21, 3º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031010	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

Correios REGISTRADO URGENTE registered priority		PESO (kg) weight
Recebedor	AR MP	
Assinatura	Doc.	
JU 19886307 6 BR		
		



MBM SEGURADORA
29 JAN 2019
DPVAT / RJ



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

002.330.925-36

Nome

MARIA DE REZENDE CUNHA

Nascimento

23/03/1977

CÓDIGO DE CONTROLE

F8AB.B597.B75B.965D



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 18:11:13 do dia 23/11/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MBM
SEGURADORA

07 MAR 2019

DPVAT/RJ

REMETENTE / Sender		TELEPHONE / Phone number	
JOSÉ BOJICIC DE GOIS		(11) 996066468	
ENDERECO / Address		(31) 981359158	
RUA: JOSÉ AUGUSTO DOS PASSOS, 243 - CASA			
Bairro - BAIXA ERICA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
48500000	Itaboraí	SE	BRASIL

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEPHONE / Phone number	
ENDERECO / Address		0122230809	
RUA: Alvaro Alvim, nº 21, 3º Andar - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031010	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

Correios REGISTRADO URGENTE		PESO (kg)	
Rastreio / Registered priority		AR MP	
Assinatura / Signature		Data / Date	
JU 01945274 0 BR			



MBM SEGURADORA	
26 FEB 2013	
DPVAT / RJ	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190090378 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: #-& APONTAMOS LAUDO PERICIAL Nº 6605/2019, DE 18/07/2019 MÉDICO ASSISTENTE DR. VICTOR BARROS, CRM 3296. 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. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALOR DE R\$ 1.687,50 POR MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039110/19

Vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA

CPF: 002.330.925-36

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 14/03/2018

Titular do CPF: MARIA DE REZENDE CUNHA

CPF de: Próprio

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 DE REZENDE CUNHA : 002.330.925-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/02/2019
Nome: MARIA DE REZENDE CUNHA
CPF: 002.330.925-36

MARIA DE REZENDE CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019
Nome: MICHELE DOMINGOS KLAUS
CPF: 014.491.660-67

MICHELE DOMINGOS KLAUS

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: 002.330.925-36 Nome completo da vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA

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

Nome completo: MARIA DE REZENDE CUNHA CPF: 002.330.925-36

Profissão: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: univdeseguros19@gmail.com Tel. (DDD): (79) 996066460

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00147088 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, ITABAIANA-SERGIPE 21/01/2019
Nome: MARIA DE REZENDE CUNHA
CPF: 002.330.925-36
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Maria de Rezende Cunha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

MBM
SEGURADORA
Assinatura
01 FEV 2019
DPVAT/RJ
Assinatura

(*) 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 SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS-
ITABAIANA - ITABAIANA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023087/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/11/2018 15:21 Data/Hora Fim: 05/11/2018 15:29
Delegado de Polícia: Josefa Valéria Nascimento Andrade

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia Especial de Atendimento À Grupos Vulneráveis- Itabaiana

Data/Hora do Fato: 14/03/2018 14:00

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)

Bairro: Mamede Paes

Lugradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS MONSENHOR CONSTANTINO E GENERAL

CEP: 49 509-073

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223 Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NÃO IDENTIFICADO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Não	Idade: 0
Estado Civil: Sem Informação		

Endereço

Município: Itabaiana - SE

Nome Civil: MARIA DE REZENDE CUNHA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Itabaiana	Sexo: Feminino	Nasc: 23/03/1977
Profissão: Agricultor			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Maria Josefa de Rezende		Nome do Pai: Manoel Aurelino de Rezende	

Endereço

Município: Itabaiana - SE

Lugradouro: R Josefa V dos Santos

Nº 181

Bairro: Anizio Amancio de Oliveira

CEP: 49 503-480

Telefone: (79) 99951-0999 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO HONDA CG/150, PLACA POLICIAL QKN0781, CHASSI 9C2KC1050ER509989, COM CRLV EM NOME DE ALBERTO GOMES BRAGA, QUANDO O REFERIDO VEÍCULO FOI SURPREENDIDO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA, QUE CRUZOU A ESQUINA, QUE COLIDIU NA MOTO, E VIERAM A CAIR, QUE A NOTICIANTE TEVE O PUNHO DIREITO FRATURADO E SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES QUE A MOTO ESTAVA SENDO CONDUZIDA POR ALBERTO GOMES BRAGA, O QUAL POSSUI CNH Nº 06460594687, CATEGORIA A, VÁLIDA ATÉ 29/10/2019, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ATENDIDA NO HOSPITAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, EM ARACAJÚ, COMO CONSTA EM BE Nº 1693496, REGISTRA COM O FITO DE OBTEN O SEGURO DPVAT

Delegado de Polícia Civil Josefa Valéria Nascimento Andrade
Impresso por: Râmilya Roosevelt Melo Barbosa Cardoso
Data de Impressão: 05/11/2018 15:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos da Polícia

2ª Cartório de Notas de Itabaiana
Rua Fátima Corrêa, 15 - Centro - CEP: 49000-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3431-2344 - E-mail: cartorio2@itabaiana.com.br

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia e reprodução fiel do original que se foi exibido, deu fe.
Itabaiana - SE, 22 de Janeiro de 2019.

Selo TUSE: 201929519004773 Acesso: mli.tjse.jus.br/vt6ETT
Téc. Maria Valéria Oliveira
Escritório: Rua Maria Moura de Sousa, 100 - Centro - Itabaiana/SE



ASSINATURAS


Râmilla Roosevelt Melo Barbosa Cardoso
Responsável pelo Atendimento

Alberto Gomes Braga
maria de Rezende Cunha

Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima escritas e declaro que estou respondendo civil e criminalmente pela presente declaração que se originou, conforme previsto nos Artigos 326-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

2º
CARTÓRIO DE NOTAS
ITABAIANA

"2º Cartório de Notas de Itabaiana"
Praça Fausto Cardoso, 75 - Centro - CEP: 48100-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3421-2384 - E-mail: douanofico@juiz.se.gov.br

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fe.
Itabaiana - SE, 22 de janeiro de 2019.

Selo TJSE: 201929519004773 Acesse: www.tjse.jus.br/x/TT6ETT

☐ Devidos Maria Helena Silveira ☐ Tereza Schmitt ☐ Maria Helena Silveira Ferreira
☐ Exatidão: Rômulo Marcelo da Sousa Oliveira ☐ Exatidão: Rômulo Marcelo da Sousa Oliveira ☐ Exatidão: Rômulo Marcelo da Sousa Oliveira

MBM
SEGURADORA

01 FEV 2019

DPVAT/RJ

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: 002.330.925-36 Nome completo da vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA

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

Nome completo: MARIA DE REZENDE CUNHA CPF: 002.330.925-36

Profissão: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: univdeseguros19@gmail.com Tel. (DDD): (79) 996066460

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0561 013 CONTA: 00147088 7

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data, ITABAIANA-SERGIPE 21/01/2019

Nome: MARIA DE REZENDE CUNHA

CPF: 002.330.925-36

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura 01 FEV 2019

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.**

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos. * nascimentos (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, (tutor ou curador, a declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal).
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
Ouvidoria: 0800 021 91 35

RELATÓRIO 0510 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1803140543 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 14h07min do dia 14 de Março de 2018, para atendimento de vítima identificada como **Maria de Rezende Cunha**, com relato de **colisão moto x moto**, no município de Itabaiana.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Areia Branca** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE** do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 09 de Abril de 2018

Tiemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4653

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

2º
CARTÓRIO DE NOTAS
ITABAIANA

2º Cartório de Notas de Itabaiana
Praça Fausto Cardoso, 78 - Centro - CEP 49100-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3431-2384 - E-mail: dtonaoficial@jbs.com.br

AUTENTICACAO

Certifico que a presente copia e reproducao fiel do original que
me foi exibido. Dou fe.
Itabaiana - SE, 11 de janeiro de 2019.

Selo TJSE: 201929519002174 Acesse: www.tjse.jus.br/x/MFT7XF

☐ Exatidão: Registro Público de Imóveis ☐ Exatidão: Registro Público de Veículos ☐ Exatidão: Registro Público de Empresas

