

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT																																																				
SE N° 013638140090 BILHETE DE SEGURO DPVAT																																																				
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																																																				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>EXERCÍCIO</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2018</td> <td>22/03/2018</td> </tr> <tr> <td>VIA</td> <td>CPF / CNPJ</td> <td>PLACA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>801.186.525-91</td> <td>QKNO781</td> </tr> <tr> <td>RENAVAM</td> <td colspan="2">MARCA / MODELO</td> </tr> <tr> <td>18/031147</td> <td colspan="2">HONDA/CG 150 TITAN ESI</td> </tr> <tr> <td>ANO FAB.</td> <td>CAT. TIR</td> <td>Nº CMASSI</td> </tr> <tr> <td>2014</td> <td>9</td> <td>902KC1630ERE509989</td> </tr> <tr> <td colspan="3">PRÉMIO TARIFÁRIO</td> </tr> <tr> <td>PREÇO (R\$)</td> <td>DEPARTAMENTO (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>81,28</td> <td>3,03</td> <td>94,32</td> </tr> <tr> <td>CUSTO DO BILHETE (R\$)</td> <td>IOP (R\$)</td> <td>TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>4,00</td> <td>0,70</td> <td>108,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td>DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COTA ÚNICA</td> <td><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> <td>22/03/2018</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SEGURADORA LÍDER - DPVAT</td> </tr> <tr> <td colspan="3">CNPJ 09.240.001/0001-04</td> </tr> </table>			EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO		2018	22/03/2018	VIA	CPF / CNPJ	PLACA		801.186.525-91	QKNO781	RENAVAM	MARCA / MODELO		18/031147	HONDA/CG 150 TITAN ESI		ANO FAB.	CAT. TIR	Nº CMASSI	2014	9	902KC1630ERE509989	PRÉMIO TARIFÁRIO			PREÇO (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	81,28	3,03	94,32	CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$)	4,00	0,70	108,00	PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	22/03/2018	SEGURADORA LÍDER - DPVAT			CNPJ 09.240.001/0001-04		
	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO																																																		
	2018	22/03/2018																																																		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA																																																		
	801.186.525-91	QKNO781																																																		
RENAVAM	MARCA / MODELO																																																			
18/031147	HONDA/CG 150 TITAN ESI																																																			
ANO FAB.	CAT. TIR	Nº CMASSI																																																		
2014	9	902KC1630ERE509989																																																		
PRÉMIO TARIFÁRIO																																																				
PREÇO (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)																																																		
81,28	3,03	94,32																																																		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$)																																																		
4,00	0,70	108,00																																																		
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO																																																		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	22/03/2018																																																		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT																																																				
CNPJ 09.240.001/0001-04																																																				

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

**DETAN - SE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	CPF / CNPJ	RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
01	001.186.925-91	16.005.184.79	GLN0711	2018
PLACA ANT / UF	CPF / CNPJ	CHASSI		
01	001.186.925-91	014597589		
ESPECIE VEÍC	COMBUSTÍVEL			
VEÍCULOS P/ CARGA	GLP			
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.		
HONDA CG 150 TITAN ESE	2014	2014		
CAT. / POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		
1500	A	VERMELHO		
COTA ÚNICA	VENCI. COTA ÚNICA	VENCI. COTAS		
1		1*		
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS			
1500	1500	3*		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
100,00	100,00	100,00	100,00	
OBSERVAÇÕES				
LOCAL				
ITAMBIANA - GO				

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

**SE N° 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](http://www.seguradoralider.com.br)**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

VIA	CPF / CNPJ	RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	001.186.925-91	16.005.184.79	GLN0711	2018	22/03/2018
MARCA / MODELO	ANO FAB.	CAT. / POT.	Nº CHASSI		
HONDA CG 150 TITAN ESE	2014	9	902KC1650ER5000089		
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>					
FNS (R\$)	DETAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)			
81,29	9,03	90,92			
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)			
4,15	0,70	105,50			
PAGAMENTO					
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO			
		22/03/2018			

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.246.600/0001-04

DENATRAN

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		Nascimento	Idade	Naturalidade
MARIA REZENDE CUNHA		23/03/1977	42	ITABAIANA
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão	UF
SOLTEIRO	FEMININ	PARDA	LAVRADORA	SE
Instrumento	Nome da Mãe		Nome do Pai	
1º Grau Completo	MARIA JOSEFA DE REZENDE		MANOEL AURELINO DE REZENDE	
Endereço	Bairro		Município	
R. JOSEFA VIEIRA DOS SANTOS, 161	CENTRO		ITABAIANA/SE	
Nome da Autoridade	Função		Unidade	
JOSEFA VALÉRIA N. ANDRADE	JOSEFA VALÉRIA N. ANDRADE			
1º Perito Relator	Cremesel/Croso	2º Perito Relator	Cremesel/Croso	
DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS	3296			MASC/LAUDO
Local da Perícia		Tipo	Causa	
Sala do IML				Nº 6605/2019

Historico/Descrição

Historico

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. Regional 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/Quesitos 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 N° 6605/2019



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

**Conclusão**

Em face do exposto concluimos que do acidente, resultou para a periciada 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 à integridade ou à 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. Dovrá conter o estímulo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS  
3296

Dr. Victor Barros  
Perito Médico - Legal  
CRM 3296

MASC/LAUDO N°8605/2019





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

06605/2019  
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, CENTRÔ, ITABAIANA/SE

DATA DO FATO: 23/03/2019 HORA DO FATO: 14:00H

TELEFONE: 79 9 9951-0999

RÉSUMO 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

JOSE BONIFACIO DE GOIS (79) 996066460  
(79) 991358159

## ENDERECO / Address

RUA: JOSE ANTONIO DVS PASSOS, 243 CASA  
BOIRINH - BAIXA FRIA

## CEP / Zip

19530000

## CIDADE / City

RIBEIRÓPOLIS

## UF / State

SE

## PAÍS / Country

BRASIL

## DESTINATÁRIO / Recipient

## TELEFONE / Phone number

MBM SEGURADORA S/A

212223.0809

## ENDERECO / Address

RUA: ALVARO ALVIM, N° 21, 3º ANDAR. CENTRO

## CEP / Zip

20031010

## CIDADE / City

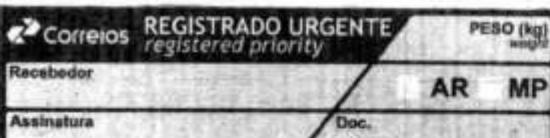
RIO DE JANEIRO

## UF / State

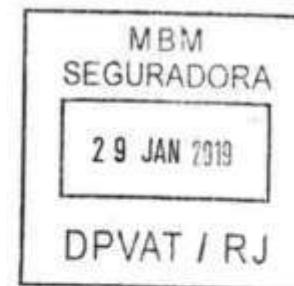
RJ

## PAÍS / Country

BRASIL



JU 19886307 6 BR



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.8597.875B.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

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MBM  
SEGURADORA

07 MAR 2019

DPVAT/RJ

REMETENTE / Sender

JOSÉ BOJILÁCID DE GOL

(71) 996066468  
(31) 981359459

ENDERECO/Address

RUA: JUS ANTONIO DVS PASSOS, 243 - (A5A)  
BAIRRO - BAIXA FRIA

CEP / ZIP  
CEP / ZIP  
25031-010  
CIDADE / CITY  
RIO DE JANEIRO  
UF / State  
UF / State  
RJ  
PAÍS / Country  
PAÍS / Country  
BRASIL

DESTINATÁRIO / Recipient

MBM SEGURADORA S/A  
2122230809

TELEFONE / Phone number

ENDERECO / Address

RUA: ALVARO ALVIM, N° 21, 3º ANDAR - CENTRO

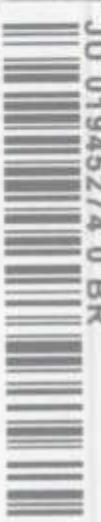
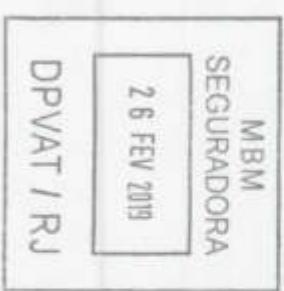
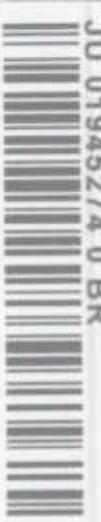
CEP / Zip  
CEP / Zip  
0031010  
CIDADE / CITY  
RIO DE JANEIRO  
UF / State  
UF / State  
RJ  
PAÍS / Country  
PAÍS / Country  
BRASIL

REGISTRADO URGENTE  
Correios  
Priority  
Enchilado  
Assinatura

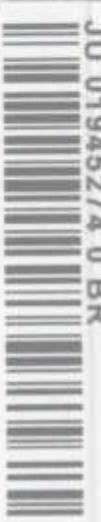
PESO (kg)  
Weight

AR  
MP

Doc.



MBM  
SEGURADORA  
26 FEVEREIRO 2019  
DPVAT / R.J.



# 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

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039110/19

**Vítima:** MARIA DE REZENDE CUNHA

**CPF:** 002.330.925-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/03/2018

**Titular do CPF:** MARIA DE REZENDE CUNHA

**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 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](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: 01/02/2019  
Nome: MARIA DE REZENDE CUNHA  
CPF: 002.330.925-36

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA DE REZENDE CUNHA

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:  
**302.330.925-36**

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

**uniduasegur19@gmail.com**

Tel.(DDD):  
**(79) 996066460**

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

## 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: **0561**

CONTA: **00147088**

7

(Informar o dígito se existir)

(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 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 (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Vivos: Falecidos:

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.

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**MBM  
SEGURADORA**

Assinatura  
**01 FEB 2019**

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**DPVAT/RJ**  
Assinatura

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)

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 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 15:28  
Delegado de Polícia: Josefa Valéna Nascimento Andrade

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Atendimento À Grupos Vulneráveis- Itabaiana

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

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)

Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS MONSENHOR CONSTANTINO E GENERAL

Bairro: Mamede Paes

CEP: 49 509-073

Tipo de Local: Via Pública;

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: NÃO IDENTIFICADO (SUPÓSTO 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

Logradouro: R Josefa V dos Santos

Nº: 181

Bairro: Anizio Amancio de Oliveira

CEP: 49 503-480

Telefone: (79) 99951-0999 (Celular)

MBM  
SEGURADORA

01 FEV 2019

DPVAT/RJ

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 06460594637, CATEGORIA A, VALIDA ATÉ 29/10/2019, QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ATENDIDA NO HOSPITAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO, EM ARACAJU, COMO CONSTA EM BE Nº 1693496, REGISTRA COM O FITO DE OBTER O SEGURO DPVAT.

Este Cartório de Notícias de Itabaiana  
Profa. Franklin Guedes - CRMF: 40000 - Itabaiana/SE  
Fone/Fax: (79) 99951-2344 - E-mail: deautodoc@bol.com.br

Selo TSE: 20192519004073 (Assinado):

Autorizada a cópia e reprodução fiel do original que  
se foi emitido. Dto fe.  
Itabaiana - SE, 22 de Janeiro de 2019.

Selo TSE: 20192519004073 (Assinado):

Este Cartório de Notícias de Itabaiana  
Profa. Franklin Guedes - CRMF: 40000 - Itabaiana/SE  
Fone/Fax: (79) 99951-2344 - E-mail: deautodoc@bol.com.br

Autorizada a cópia e reprodução fiel do original que  
se foi emitido. Dto fe.  
Itabaiana - SE, 22 de Janeiro de 2019.

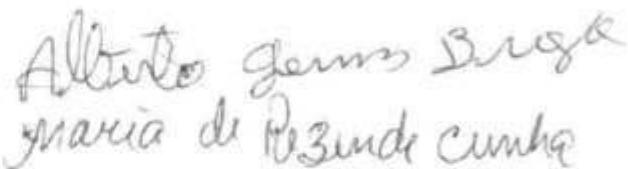
# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023087/2018

## ASSINATURAS

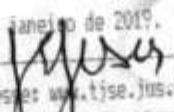


Râmylia Roosevelt Melo Barbosa Cardoso  
Responsável pelo Abordamento



"Determino que o devedor fique ciente que sou (sei) (sou) responsável pelas informações acima apresentadas e tenho que comprovar com a competência da presente documentação que se originam, conforme previsto nos Artigos 376-Denúncia, 349-Causação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**2º CARTÓRIO DE NOTAS DE ITABAIANA**  
Praça Fausto Cardoso, 78 - Centro - CEP: 48100-000 - Itabaiana/SE  
Fone/Fax: (79) 3421-2384 - E-mail: [itabaina@bol.com.br](mailto:itabaina@bol.com.br)

**HOTENTICACAO**  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que  
se foi exibido. Dou fé.  
Itabaiana - SE, 22 de janeiro de 2019.  


Selo TJSE: 201929519004773 Acesso: [www.tjse.jus.br/x/1T6ETT](http://www.tjse.jus.br/x/1T6ETT)

**Topo/01**  **Topo/02**  **Topo/03**  **Topo/04**  **Topo/05**  **Topo/06**  **Topo/07**  **Topo/08**  **Topo/09**  **Topo/10**  **Topo/11**  **Topo/12**  **Topo/13**  **Topo/14**  **Topo/15**  **Topo/16**  **Topo/17**  **Topo/18**  **Topo/19**  **Topo/20**  **Topo/21**  **Topo/22**  **Topo/23**  **Topo/24**  **Topo/25**  **Topo/26**  **Topo/27**  **Topo/28**  **Topo/29**  **Topo/30**  **Topo/31**  **Topo/32**  **Topo/33**  **Topo/34**  **Topo/35**  **Topo/36**  **Topo/37**  **Topo/38**  **Topo/39**  **Topo/40**  **Topo/41**  **Topo/42**  **Topo/43**  **Topo/44**  **Topo/45**  **Topo/46**  **Topo/47**  **Topo/48**  **Topo/49**  **Topo/50**  **Topo/51**  **Topo/52**  **Topo/53**  **Topo/54**  **Topo/55**  **Topo/56**  **Topo/57**  **Topo/58**  **Topo/59**  **Topo/60**  **Topo/61**  **Topo/62**  **Topo/63**  **Topo/64**  **Topo/65**  **Topo/66**  **Topo/67**  **Topo/68**  **Topo/69**  **Topo/70**  **Topo/71**  **Topo/72**  **Topo/73**  **Topo/74**  **Topo/75**  **Topo/76**  **Topo/77**  **Topo/78**  **Topo/79**  **Topo/80**  **Topo/81**  **Topo/82**  **Topo/83**  **Topo/84**  **Topo/85**  **Topo/86**  **Topo/87**  **Topo/88**  **Topo/89**  **Topo/90**  **Topo/91**  **Topo/92**  **Topo/93**  **Topo/94**  **Topo/95**  **Topo/96**  **Topo/97**  **Topo/98**  **Topo/99**  **Topo/100**  **Topo/101**  **Topo/102**  **Topo/103**  **Topo/104**  **Topo/105**  **Topo/106**  **Topo/107**  **Topo/108**  **Topo/109**  **Topo/110**  **Topo/111**  **Topo/112**  **Topo/113**  **Topo/114**  **Topo/115**  **Topo/116**  **Topo/117**  **Topo/118**  **Topo/119**  **Topo/120**  **Topo/121**  **Topo/122**  **Topo/123**  **Topo/124**  **Topo/125**  **Topo/126**  **Topo/127**  **Topo/128**  **Topo/129**  **Topo/130**  **Topo/131**  **Topo/132**  **Topo/133**  **Topo/134**  **Topo/135**  **Topo/136**  **Topo/137**  **Topo/138**  **Topo/139**  **Topo/140**  **Topo/141**  **Topo/142**  **Topo/143**  **Topo/144**  **Topo/145**  **Topo/146**  **Topo/147**  **Topo/148**  **Topo/149**  **Topo/150**  **Topo/151**  **Topo/152**  **Topo/153**  **Topo/154**  **Topo/155**  **Topo/156**  **Topo/157**  **Topo/158**  **Topo/159**  **Topo/160**  **Topo/161**  **Topo/162**  **Topo/163**  **Topo/164**  **Topo/165**  **Topo/166**  **Topo/167**  **Topo/168**  **Topo/169**  **Topo/170**  **Topo/171**  **Topo/172**  **Topo/173**  **Topo/174**  **Topo/175**  **Topo/176**  **Topo/177**  **Topo/178**  **Topo/179**  **Topo/180**  **Topo/181**  **Topo/182**  **Topo/183**  **Topo/184**  **Topo/185**  **Topo/186**  **Topo/187**  **Topo/188**  **Topo/189**  **Topo/190**  **Topo/191**  **Topo/192**  **Topo/193**  **Topo/194**  **Topo/195**  **Topo/196**  **Topo/197**  **Topo/198**  **Topo/199**  **Topo/200**  **Topo/201**  **Topo/202**  **Topo/203**  **Topo/204**  **Topo/205**  **Topo/206**  **Topo/207**  **Topo/208**  **Topo/209**  **Topo/210**  **Topo/211**  **Topo/212**  **Topo/213**  **Topo/214**  **Topo/215**  **Topo/216**  **Topo/217**  **Topo/218**  **Topo/219**  **Topo/220**  **Topo/221**  **Topo/222**  **Topo/223**  **Topo/224**  **Topo/225**  **Topo/226**  **Topo/227**  **Topo/228**  **Topo/229**  **Topo/230**  **Topo/231**  **Topo/232**  **Topo/233**  **Topo/234**  **Topo/235**  **Topo/236**  **Topo/237**  **Topo/238**  **Topo/239**  **Topo/240**  **Topo/241**  **Topo/242**  **Topo/243**  **Topo/244**  **Topo/245**  **Topo/246**  **Topo/247**  **Topo/248**  **Topo/249**  **Topo/250**  **Topo/251**  **Topo/252**  **Topo/253**  **Topo/254**  **Topo/255**  **Topo/256**  **Topo/257**  **Topo/258**  **Topo/259**  **Topo/260**  **Topo/261**  **Topo/262**  **Topo/263**  **Topo/264**  **Topo/265**  **Topo/266**  **Topo/267**  **Topo/268**  **Topo/269**  **Topo/270**  **Topo/271**  **Topo/272**  **Topo/273**  **Topo/274**  **Topo/275**  **Topo/276**  **Topo/277**  **Topo/278**  **Topo/279**  **Topo/280**  **Topo/281**  **Topo/282**  **Topo/283**  **Topo/284**  **Topo/285**  **Topo/286**  **Topo/287**  **Topo/288**  **Topo/289**  **Topo/290**  **Topo/291**  **Topo/292**  **Topo/293**  **Topo/294**  **Topo/295**  **Topo/296**  **Topo/297**  **Topo/298**  **Topo/299**  **Topo/300**  **Topo/301**  **Topo/302**  **Topo/303**  **Topo/304**  **Topo/305**  **Topo/306**  **Topo/307**  **Topo/308**  **Topo/309**  **Topo/310**  **Topo/311**  **Topo/312**  **Topo/313**  **Topo/314**  **Topo/315**  **Topo/316**  **Topo/317**  **Topo/318**  **Topo/319**  **Topo/320**  **Topo/321**  **Topo/322**  **Topo/323**  **Topo/324**  **Topo/325**  **Topo/326**  **Topo/327**  **Topo/328**  **Topo/329**  **Topo/330**  **Topo/331**  **Topo/332**  **Topo/333**  **Topo/334**  **Topo/335**  **Topo/336**  **Topo/337**  **Topo/338**  **Topo/339**  **Topo/340**  **Topo/341**  **Topo/342**  **Topo/343**  **Topo/344**  **Topo/345**  **Topo/346**  **Topo/347**  **Topo/348**  **Topo/349**  **Topo/350**  **Topo/351**  **Topo/352**  **Topo/353**  **Topo/354**  **Topo/355**  **Topo/356**  **Topo/357**  **Topo/358**  **Topo/359**  **Topo/360**  **Topo/361**  **Topo/362**  **Topo/363**  **Topo/364**  **Topo/365**  **Topo/366**  **Topo/367**  **Topo/368**  **Topo/369**  **Topo/370**  **Topo/371**  **Topo/372**  **Topo/373**  **Topo/374**  **Topo/375**  **Topo/376**  **Topo/377**  **Topo/378**  **Topo/379**  **Topo/380**  **Topo/381**  **Topo/382**  **Topo/383**  **Topo/384**  **Topo/385**  **Topo/386**  **Topo/387**  **Topo/388**  **Topo/389**  **Topo/390**  **Topo/391**  **Topo/392**  **Topo/393**  **Topo/394**  **Topo/395**  **Topo/396**  **Topo/397**  **Topo/398**  **Topo/399**  **Topo/400**  **Topo/401**  **Topo/402**  **Topo/403**  **Topo/404**  **Topo/405**  **Topo/406**  **Topo/407**  **Topo/408**  **Topo/409**  **Topo/410**  **Topo/411**  **Topo/412**  **Topo/413**  **Topo/414**  **Topo/415**  **Topo/416**  **Topo/417**  **Topo/418**  **Topo/419**  **Topo/420**  **Topo/421**  **Topo/422**  **Topo/423**  **Topo/424**  **Topo/425**  **Topo/426**  **Topo/427**  **Topo/428**  **Topo/429**  **Topo/430**  **Topo/431**  **Topo/432**  **Topo/433**  **Topo/434**  **Topo/435**  **Topo/436**  **Topo/437**  **Topo/438**  **Topo/439**  **Topo/440**  **Topo/441**  **Topo/442**  **Topo/443**  **Topo/444**  **Topo/445**  **Topo/446**  **Topo/447**  **Topo/448**  **Topo/449**  **Topo/450**  **Topo/451**  **Topo/452**  **Topo/453**  **Topo/454**  **Topo/455**  **Topo/456**  **Topo/457**  **Topo/458**  **Topo/459**  **Topo/460**  **Topo/461**  **Topo/462**  **Topo/463**  **Topo/464**  **Topo/465**  **Topo/466**  **Topo/467**  **Topo/468**  **Topo/469**  **Topo/470**  **Topo/471**  **Topo/472**  **Topo/473**  **Topo/474**  **Topo/475**  **Topo/476**  **Topo/477**  **Topo/478**  **Topo/479**  **Topo/480**  **Topo/481**  **Topo/482**  **Topo/483**  **Topo/484**  **Topo/485**  **Topo/486**  **Topo/487**  **Topo/488**  **Topo/489**  **Topo/490**  **Topo/491**  **Topo/492**  **Topo/493**  **Topo/494**  **Topo/495**  **Topo/496**  **Topo/497**  **Topo/498**  **Topo/499**  **Topo/500**  **Topo/501**  **Topo/502**  **Topo/503**  **Topo/504**  **Topo/505**  **Topo/506**  **Topo/507**  **Topo/508**  **Topo/509**  **Topo/510**  **Topo/511**  **Topo/512**  **Topo/513**  **Topo/514**  **Topo/515**  **Topo/516**  **Topo/517**  **Topo/518**  **Topo/519**  **Topo/520**  **Topo/521**  **Topo/522**  **Topo/523**  **Topo/524**  **Topo/525**  **Topo/526**  **Topo/527**  **Topo/528**  **Topo/529**  **Topo/530**  **Topo/531**  **Topo/532**  **Topo/533**  **Topo/534**  **Topo/535**  **Topo/536**  **Topo/537**  **Topo/538**  **Topo/539**  **Topo/540**  **Topo/541**  **Topo/542**  **Topo/543**  **Topo/544**  **Topo/545**  **Topo/546**  **Topo/547**  **Topo/548**  **Topo/549**  **Topo/550**  **Topo/551**  **Topo/552**  **Topo/553**  **Topo/554**  **Topo/555**  **Topo/556**  **Topo/557**  **Topo/558**  **Topo/559**  **Topo/560**  **Topo/561**  **Topo/562**  **Topo/563**  **Topo/564**  **Topo/565**  **Topo/566**  **Topo/567**  **Topo/568**  **Topo/569**  **Topo/570**  **Topo/571**  **Topo/572**  **Topo/573**  **Topo/574**  **Topo/575**  **Topo/576**  **Topo/577**  **Topo/578**  **Topo/579**  **Topo/580**  **Topo/581**  **Topo/582**  **Topo/583**  **Topo/584**  **Topo/585**  **Topo/586**  **Topo/587**  **Topo/588**  **Topo/589**  **Topo/590** <input type="

# 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:  
**302.330.925-36**

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

**uniduasegur19@gmail.com**

Tel.(DDD):  
**(79) 996066460**

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

**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: **0561**

CONTA: **00147088**

7

(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 (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.

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**MBM  
SEGURADORA**

Assinatura  
**01 FEB 2019**

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**DPVAT/RJ**  
Assinatura

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)

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 devem ser informados completamente e sem abreviaturas.
3. Informar a quantia de dinheiro, pais e wife nuns a folheto.
4. Os beneficiários com idade entre 15 anos e 17 anos devem ser assinados somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos devem ser assinados pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **testemunha** que deve ser declarado por meio de respetivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

Central de Atendimentos (para consultas sobre indenizações e preços): 0800 022 12 04 / 085 81 209  
Central de Atendimentos (para consultas sobre indenizações e preços): 0800 022 12 06  
SAC (para divididas e reclamações): 0800 022 8189  
SAC (para divididas e reclamações e preços): 0800 022 9135

## 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 4853

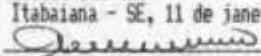
  
Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

2º CANTO DO NOTAS  
ITABAIANA

“2º Cartório de Notas de Itabaiana”  
Praça Fausto Cardoso, 71 – Centro – CEP: 49100-000 – Itabaiana/SE  
Fone/Fax: (79) 3421-2384 – E-mail: [itabaiana@itabaiana.se.br](mailto:itabaiana@itabaiana.se.br)

**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que  
se foi exibido. Dou fé.  
Itabaiana - SE, 11 de janeiro de 2019.  


Selo TJSE: 201929519002174 Acesso: [www.tise.jus.br/x/MFT7XF](http://www.tise.jus.br/x/MFT7XF)

Exceção: Requerimento de Socorro Clínico.  Exceção: Notificação Fornecida ao Juiz.  Exceção: Juiz não de acesso.

MEM  
SEGURADORA

01 FEV 2019

DPVAT/RJ