

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000001616-4

Nr. da Autenticação 85A5F4D16376B40B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323161

Cidade: Valença do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 16/06/2018

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do trapézio do punho esquerdo

Descrição do exame físico: Paciente apresenta déficits de movimentos em punho esquerdo e em 3º, 4º e 5º quirodáctilos à esquerda. Apresenta déficits de flexão (realiza 0-40), extensão (realiza 0-40), desvio ulnar (realiza 0-25), desvio radial (realiza 0-15) de punho esquerdo, com dor à mobilização. Deficit de força grau 3. Edema (+/3+). Apresenta déficits de flexão de metacarpofalangeana (realiza 0-50), interfalangeana proximal (realiza 0-60) e interfalangeana distal (realiza 0-30) de 3º, 4º e 5º quirodáctilos à esquerda (lesão neural?). Dor aos moderados esforços. Atrofia (+/3+). Deficit de força grau 3.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador. Realizou fisioterapia. Refere alta medica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323161 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 16/06/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DO OSSO TRAPÉZIO DA MÃO ESQUERDA.
TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161584/19

Número do Sinistro: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.251.678-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

DAMIANA BARBOSA DA SILVA : 043.251.678-62

Autorização de pagamento

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: 28/06/2019
Nome: DAMIANA BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.251.678-62

DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161584/19

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.251.678-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DAMIANA BARBOSA DA SILVA : 043.251.678-62

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: 14/05/2019
Nome: DAMIANA BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.251.678-62

DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 16/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAMIANA BARBOSA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 16/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIANA 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. 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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 16/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

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



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 16/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAMIANA BARBOSA DA SILVA

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 16/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMIANA 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\$ 4.725,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%	
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$ 4.725,00

Recebedor: **DAMIANA BARBOSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000003887**

Conta: **000001616-4**

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 043.251.678-62 Nome completo da vítima: DANILANA BARBOSA DA SILVA

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

Nome completo: DANILANA BARBOSA DA SILVA CPF: 043.251.678-62
Profissão: ACS Endereço: RUA DEPUTADO JOSE LOPES Número: 1560 Complemento: _____
Bairro: AMANDA/LUA Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ Estado: PIAUÍ CEP: 84.300-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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: 3887 CONTA: 1636 4
(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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Valença do Piauí-PI, 25/04/2019
Nome: DANILANA BARBOSA DA SILVA
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Danilana Barbosa da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, Atestado em 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. Agente de Correio Abandante Mar. 8.227.250-0

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

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

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, *nascituros (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 com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



AUTO-ATENDIMENTO - AG VALENCA

DATA: 23/04/2019

HORA: 14:24:18

TERMINAL: 38871008

CONTROLE: 388710080334

AGENCIA: 3887 - VALENCA DO PIAUI

CONTA: 013.00001616-4

CLIENTE: DAMIANA BARBOSA DA SILVA



Autorização de pagamento



AUTO-ATENDIMENTO - AG VALENÇA

DATA: 14/01/2019

HORA: 08:17:28

TERMINAL: 38671001

CONTROLE: 386710010042

AGÊNCIA: 3887 - VALENÇA DO PIAUI

CONTA: 013.00001616 4

CLIENTE: DAMIANA BARBOSA DA SILVA



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000510/2018-93

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Pablo Roberto Rocha Nunes

Data/Hora: 18/06/2018 - 09:52

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

BR 316, KM 208, Nº:

Complemento

EM FRENTE À METALÚRGICA SÃO FRANCISCO

Data/Hora

16/06/2018 - 07:10

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

RECEBIDO

03 MAI 2019

Segurança Cidadã

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

RG: 3291129 SSP PI

Mãe: BENEDITA MARIA DA SILVA

Endereço: RUA DEPUTADO JOSÉ NUNES, Nº 1562

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9902-4116

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Nome: SANMYA RAYANNY BARBOSA DA SILVA PEREIRA

RG: 574761366 SSP SP

Mãe: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Paí: JOÃO RAIMUNDO PEREIRA

Endereço: RUA DEPUTADO JOSÉ NUNES, Nº 1562

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9913-2134

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA, CG 125 FAN

2006 LVL9435

9C2JC30706R898944

00887288537

Preta

Condutor: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

RG: 3291129 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA DEPUTADO JOSÉ NUNES Número: 1562 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: AMANDO LIMA

Proprietário: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

End: RUA DEPUTADO JOSÉ NUNES Número: 1562

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: AMANDO LIMA

RELATO DA OCORRÊNCIA

As noticiantes compareceram a esta Delegacia de Polícia Civil para comunicar: QUE no dia e horário acima indicados, deslocavam-se para a localidade Campo Largo, zona rural deste município de Valença do Piauí, na motocicleta acima descrita; QUE a senhora DAMIANA BARBOSA DA SILVA conduzia a motocicleta e a senhora SANMYA RAYANNY BARBOSA DA SILVA PEREIRA estava na garupa; QUE quando transitavam pela BR 316, em frente à Metalúrgica São Francisco, neste município, uma motocicleta entrou na frente da senhora DAMIANA, que então colidiu com referida motocicleta; QUE com a colisão as noticiantes caíram no chão; QUE foram socorridas por populares e levadas para o Hospital Regional Eustáquio Portela, neste município, onde foram atendidas; QUE a senhora DAMIANA sofreu fratura no braço esquerdo e escoriações diversas por todo o corpo; QUE a senhora SANMYA sofreu escoriações diversas pelo corpo, sendo importante constar que a mesma encontra-se grávida de 03 (três)



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1244 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000510/2018-93

meses; QUE as noticiantes não sabem informar os dados da outra motocicleta envolvida na colisão. Era o que tinham a noticiar.

Pablo Nunes
Pablo Roberto Rocha Nunes - Mat. 2814595
AGENTE DE POLÍCIA

Sanmya Rayanny Barbosa da S. Pereira
SANMYA RAYANNY BARBOSA DA SILVA PEREIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 043.251.678-62 3 - CPF da vítima: DAMIANA BARBOSA DASILVA 4 - Nome completo da vítima: DAMIANA BARBOSA DASILVA

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

5 - Nome completo: DAMIANA BARBOSA DASILVA 6 - CPF: 043.251.678-62
7 - Profissão: TRAB. RURAL 8 - Endereço: RUA DEP. JOSÉ VIANA 9 - Número: 1560 10 - Complemento: URBANO
11 - Bairro: AMANDO LIMA 12 - Cidade: VALERIA 13 - Estado: PAULISTA 14 - CEP: 14.300-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☐ 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: 3887 CONTA: 00001616 4 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resbolsos 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de contestação da 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 não 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 5.194/74, 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Número de filhos vivos: 02
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou descendentes (netos/netos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

34 - Assinatura do representante legal: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, VALERIA DO PIAUI 06/06/19

DAMIANA BARBOSA DASILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

[illegible]

16/04/2019 30,32

AVISO DE DÉBITO CONTAS: 1 VALOR: R\$1.54
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

[illegible]



RECEBIDO
13 AGO 2019
Seguradora Líder DPVAT

Carta de pedido de pericia

Eu Damiana Barbosa Da Silva ,brasileira ,prof. não informado,rg 3.291.129
ssp/pi cpf 043.251.678-62 nasc.18/07/1962 resid na rua Dep.Jose Nunes ,
1560 Valença do Piaui cep. 64.300,000.

B. AMANDO LIMA
Venho por meio dessa carta e baixos assinado que peço a seguradora que
remarca outra data da minha pericia pois na data agendada não pode
comparece a seguradora não cosegui entra em contrato com migo.

Contato 89 999415414 /89 999024116/89 999132134/89
999209413

Valença do Piaui 01/08/2019

Damiana Barbosa da Silva
Assinatura do beneficiario

AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.045.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 85 8888

Fatura Mensal

1732903-5

hidrômetro

A27N257219

ABR/2019

Nome/Razão Social/Endereço

CAMILA BARBOSA DA SILVA
RUA REP JOSÉ NUNES, 1560
AMANDO LIMA
VALENÇA 84300000

AG= 139

Situação	Fun	Categoria de Uso	Inscrição
Residência		Cum. Ind. Pub.	
3/1	1		115 1 05 0289 0348-000

10/04/2019

Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Acum.
10/10	65	6	0
11/10	69	6	0
12/10	76	7	0
01/11	82	6	0
02/11	88	6	0
03/11	95	7	0
04/11	98	4	0

Valor de Faturamento

FATURADO P/ MÍNIMO-BAST. IGAC/00

Cód. San. de 0289-0348

Cód. San. de 01

6

4

10

Cod. Nome do Serviço

AGUA

MANUTENÇÃO HIDROMETRO

Valor (R\$)

28,72

1,63

16/04/2019

AVISO DE DÉBITO: 1 VALOR: R\$ 1,63

CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

ANÁLISE DE QUALIDADE DA ÁGUA CONFORME LEI 11.445/2007

Parâmetro	Unidade	Classe	Classe	Classe	Classe	Classe	Classe
		1	2	3	4	5	6
Velocidade Média	cm/s	50	10	50	100	150	200
Nº Mínimo de Amostras Coletadas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio		1.50	3.20	7.21	0.00	0.00	

PRELIMINAR: A QUALIDADE DA ÁGUA, DE ACORDO COM O RESULTADO DA ANÁLISE, É SATISFATÓRIA.

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA-ALTERNATIVA. RETIRE 2 VÍAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190323161**

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

Endereço do(a) Examinado(a):

R DPS JOSE NUNES - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **3291129**

Data e local do acidente: [**16/06/2018**] **Valença - Piauí**

Data e local do exame: [**03/09/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do trapézio do punho esquerdo

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

Paciente apresenta déficits de movimentos em punho esquerdo e em 3º, 4º e 5º quirodáctilos à esquerda. Apresenta déficits de flexão (realiza 0-40), extensão (realiza 0-40), desvio ulnar (realiza 0-25), desvio radial (realiza 0-15) de punho esquerdo, com dor à mobilização. Deficit de força grau 3. Edema (+/3+). Apresenta déficits de flexão de metacarpofalangeana (realiza 0-50), interfalangeana proximal (realiza 0-60) e interfalangeana distal (realiza 0-30) de 3º, 4º e 5º quirodáctilos à esquerda (lesão neural?). Dor aos moderados esforços. Atrofia (+/3+). Deficit de força grau 3.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetida a tratamento conservador. Realizou fisioterapia. Refere alta medica.

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

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional da mão esquerda

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

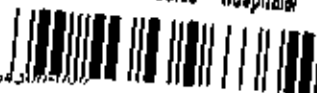
Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a) Damiana Barbosa da
Silva portador de CPF: 043.251.678-62

encontra-se em tratamento fisioterapêutico no ambulatório de Fisioterapia do
Hospital Regional Eustáquio Portela - Sito à Av. Santos Dumont, SN - Centro
- Valença do Piauí. CNPJ: 06.553.564/0011-00, para reabilitação de patu-
ra incompleta em consolidação na mão trapézio

Exame Físico: Queixa física em linha articular de punho; em
para flexão e extensão de punho diminuída com dor na movi-
mento; rigidez em dedos (não consegue fechar a mão) com dor
em metacarpo alongamento; FM diminuída para flexo-extensão de punho.
Exames complementares: Rx do punho esquerda: patura incom-
pleta em consolidação na mão trapézio.

Valença do Piauí, 12 / 02 / 19

Lenise Rosário L.C. Camberlinha
Fisioterapeuta
CREFITO: 217993-F

Fisioterapeuta

HOSPITAL REGIONAL CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
RPPS (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Data: 16/06/2018
Funcionário: EDJMAR

Hora: 07:26:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 3

SUS

DAMIANA BARBOSA DA SILVA

CPF: 04325167862 - RG: 3291129 - SUS: 160271149090004

Nasc.: 18/07/1962 Idade: 55 ANOS, 10 MESES, 29 Profissão:

Civil:

CEP: 64300-000

End.: DEP JOSE NUNES, 1.562 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: BENEDITA MARIA DA SILVA

Paí: ING

Clinica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

paciente, 58 anos, vítima trauma automobilístico
movido de um veículo

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Trauma

Prescrição Médica:

① Omeprazol 40mg - 01 Amp. 10 - IV - Abom

② Omeprazol 40mg - 01 Amp. 10 - IV - Abom

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 07:36:33

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: ACIDENTE DE MOTOCICLETA.

Alergias: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Medicação Usual:

PA: 110x70 mmHg

TAX: 36,0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: RELATA INÍCIO DOS SINTOMAS AGORA POUCO. SABIDAMENTE (HAS).

Conduta: ENC CLÍNICO GERAL.

Livia Kelly Silva
Enfermeiro
CRM-PI 417 797

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico

CRM-PI 6067

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA

Damiana Barbosa da Silva
DAMIANA BARBOSA DA SILVA

RECEITUÁRIO

Nome: José Carlos da Silva

Endereço: _____

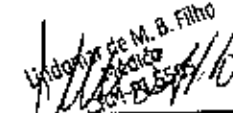
Solicitado:

- Fisioterapia Analgésica e Motora de
Punko E.

(20 sessões)

CID-10: 749.2

Valença, ____/____/____


Lindomar de M. B. Filho
Médico
CRM 10.550/10
Médico - CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE



Clínica
Dr.

**Helder
Oliveira**

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro
Valença do Piauí-PI
CNPJ nº 015.067/0001-50

RECEITUÁRIO

Nome:

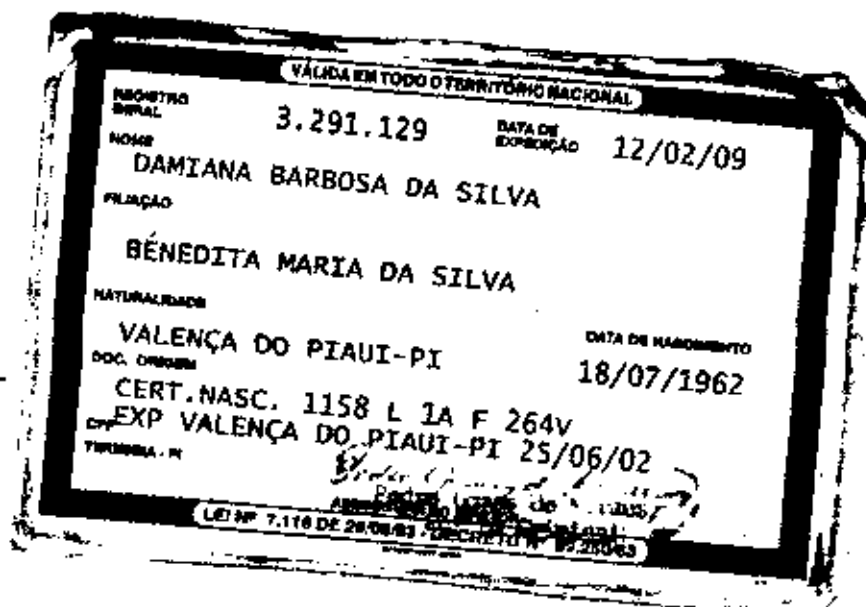
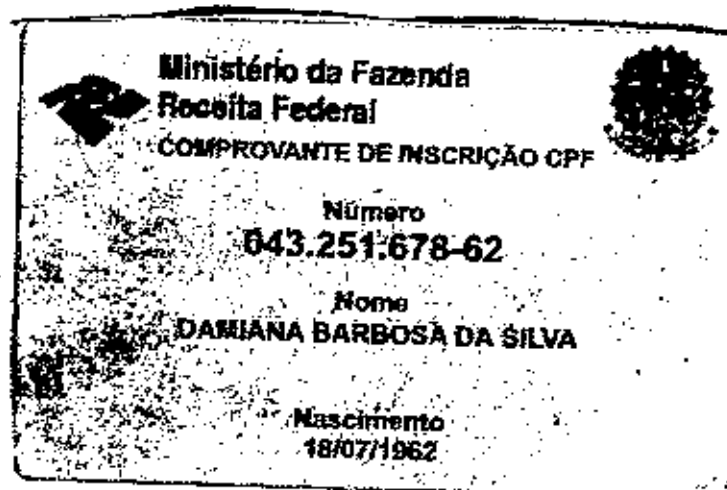
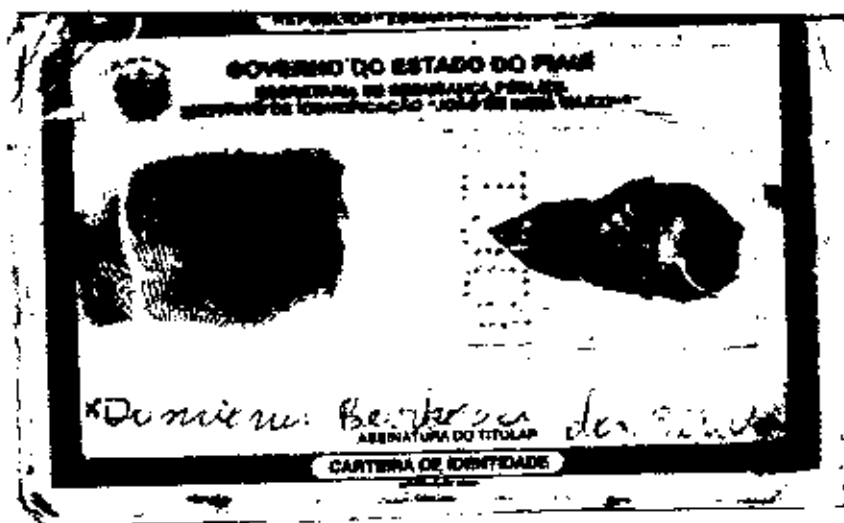
Damasceno Bombosa da Silva

Acute trauma oculto de trânsito
(SIC), data 16/06/2018, em uma
Traumática crônica com algia local,
Traumática de membro superior esquerdo
com fratura no osso trapézio
de junta esguelo, algia; Trauma em
junta esguelo, antebraço, ulnar, sendo
submetido à tratamento conservador
de tratamento data 13/11/2018, com
redução da capacidade funcional da mão
esquerda de aproximadamente 35% no
momento do exame.

Valença-Pi 23/04/18

Helder M.

CRM 20420

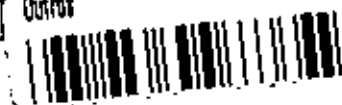


PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0161584/19

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.251.678-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: DAMIANA BARBOSA DA
SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DAMIANA BARBOSA DA SILVA : 043.251.678-62

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 cancela 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: 14/05/2019
Nome: DAMIANA BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.251.678-62

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

DAMIANA BARBOSA DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

 VÍTIMA DANILAVA BARBOSA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 16/06/2019 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 043.251.678-62

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) DANILAVA BARBOSA DA SILVA
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador
 E-mail _____ Tel. 89-999209413
 Data 25/04/2019 Assinatura Danilava Barbosa da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ACQUALEGA DO PAUL - SE/P1
 Atendente BENEDITO ALVES COSTA Matrícula 8.627.259-0
 Data: 25/04/2019 Assinatura: [Assinatura]



DETRAN-PI

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - DETRAN/PI

**Informações do Veículo**

Placa: LVL9435

RENAVAM: 887288537

Marca/Modelo: HONDA/CG 125

Data de Emissão: 24/04/19 10:21

Informações de pagamento

- Pagável no Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, BRADESCO e PAG CONTAS.
- Caso o vencimento seja sábado, domingo ou feriado, pagar até último dia útil anterior.
- Pagamento após vencimento, o usuário estará sujeito às penalidades previstas na legislação

Chave: c99b90f4eca757667648739f81c0938c41c7678641e4a2b48c7313810

ITEM	Tipo	Exercício	Vencimento	Valor	Descrição
1	Autenticação: 303038337-323836332-3730303030-303030383438363230313930353331				
	Seguro	2019	31/05/2019	84,58	Seguro obrigatório (DPVAT) 2019 88630000000-1 84580924860-0 80008872885-6 37802111918-3
2	Autenticação: 303038337-323836332-3730303030-303030383438363230313930353331				
	Licenciamento	2019	31/05/2019	58,13	Renovação Licenciamento 88600000000-5 58130126191-2 61000887288-7 51903122537-7

VIA DO USUÁRIO

Banco Postal

*** Recebimento de Tributos ***

Agência : 34300643-AC VALENÇA DO PIAUÍ
 Terminal: 34306401 Id.Trx.: 913379
 Nro Aut : 105031 Caixa : 85272590
 Data : 24/04/2019 Hora : 10:50
 (Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL
 0276106124 0036
 SAC BR 0800 729 0722

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

COMENTO: DPVAT SEGURADORA LIDER

88630000000 84580924860 80008872885 37802111918
 NR. DOCUMENTO 61.246.401
 NR. CONVENIO 101.591-6
 DATA DO PAGAMENTO 24/04/2019
 VALOR DO PAGAMENTO 84,58

NR.AUTENTICACAO 8.D05.DES.610.A64.73C

Banco Postal

*** Recebimento de Tributos ***

Agência : 34300643-AC VALENÇA DO PIAUÍ
 Terminal: 34306401 Id.Trx.: 913382
 Nro Aut : 105103 Caixa : 85272590
 Data : 24/04/2019 Hora : 10:51
 (Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL
 0276106124 0039
 SAC BR 0800 729 0722

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

COMENTO: DETRAN REC CODIGO BARRAS

88600000000 58130126191 51000887288 51903122537
 NR. DOCUMENTO 61.246.401
 NR. CONVENIO 763.088-3
 DATA DO PAGAMENTO 24/04/2019
 VALOR DO PAGAMENTO 58,13

NR.AUTENTICACAO 5.D05.F0C.21F.0C1.211

24/04/2018

DAR - Documento de Arrecadação

 ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DA FAZENDA DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO - DAR			DAR WEB Versão 4.0	
01 - Inscrição Estadual/PRENAVAM 887288537		02 - CNPJ/CPF 4326167862		12 - Período de Referência 2018
03 - Nome ou Razão Social DAMIANA BARBOSA DA SILVA				13 - Data de Vencimento 30/05/2018
04 - Endereço Completo R DEP JOSE NUNES				14 - Código da Receita 111015
05 - Município VALENÇA DO PIAUÍ	06 - UF PI	07 - CEP 64300000		15 - Nº do Documento de Origem 887288537
08 - Especificação da Receita IPVA - PAGAMENTO INTEGRAL				16 - Número da Parcela União
09 - Informações Complementares PAGAR NA REDE BANCÁRIA CREDENCIADA Valores calculados para data de pagamento 30/05/2018 e sujeitos a homologação posterior pelo fisco Cota única com redução de 15% sobre o Valor Principal (Art. 17, § 3º da Lei 4.546/02)				17 - Valor Principal 48,60
				18 - Atualização Monetária 0,00
				19 - Juros 0,00
				20 - Multa 0,00
				21 - Taxa 0,00
10 - Autenticação VIA DO CONTRIBUINTE				22 - Total a Recolher 41,31
11 - União Digital 85670000000-6 41310125191-1 50188728853-5 71901225002-8				

Banco Postal

*** Recolhimento de Tributos ***

Agência : 34300643-AC VALENÇA DO PIAUÍ
 Terminal: 34306401 Id.Trx.: 913385
 Nro Aut : 105143 Caixa : 85272590
 Data : 24/04/2018 Hora : 10:51
 (Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

0276106124

SAC BB 0800 729 0722

0042

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD. BARRA

CONVENIO: SEFAZ IPVA CODIGO BARRAS

8567000000 41310125191 50188728853 71901225002
 NR. DOCUMENTO 81.246.401
 NR. CONVENIO 762.905-2
 DATA DO PAGAMENTO 24/04/2018
 VALOR DO PAGAMENTO 41,31

NR. AUTENTICAÇÃO

C. 184.624.636-710.00E

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161584/19

Número do Sinistro: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.251.678-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: DAMIANA BARBOSA DA
SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

D Declaração de Inexistência de IML

Outros

DAMIANA BARBOSA DA SILVA : 043.251.678-62

Autorização de pagamento

Outros



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 originals, 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 originals é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

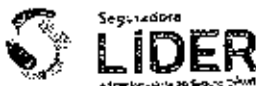
Data da entrega: 28/06/2019
Nome: DAMIANA BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.251.678-62

DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

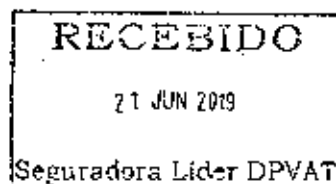
Elen Tais Alves Pereira



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo fique para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1598 (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 05. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190323161
Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA
Data do Acidente: 16/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAMIANA BARBOSA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

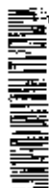
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



SEGURADORA LIDER DOS SEGUROS DPVAT.
5, RUA DA ASSEMBLEIA, 100-16º ANDAR
CENTRO, RJ.
CEP: 20.011, 904



DH



DANUANA BARBOSA DASILVA

RUA DEP. JOSÉ MENEZES 1560

AMANDOLIMMA - VALINHOS - PIAUÍ

CEP: 64.300,000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161584/19

Número do Sinistro: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.251.678-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: DAMIANA BARBOSA DA
SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

DAMIANA BARBOSA DA SILVA : 043.251.678-62

Comprovante de residência

Outros



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: 19/08/2019
Nome: DAMIANA BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.251.678-62

DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

SEGURADORA LIDER DAS SEGUROS DPVAT.
S, AVA DA ASSEMBLEIA, 100.16ª ANDAR
CENTRO, RIO DE JANEIRO RJ.

CEP: 20.011,904



DH

~~384355~~

Correios		REGISTRADO URGENTE	PESO (kg)
		registered priority	0,024
Recebedor	AR MP		
Assinatura	Doc.		
JU 02237948 3 BR			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323161

Cidade: Valença do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 16/06/2018

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura do trapézio do punho esquerdo

Descrição do exame físico: Paciente apresenta déficits de movimentos em punho esquerdo e em 3º, 4º e 5º quirodáctilos à esquerda. Apresenta déficits de flexão (realiza 0-40), extensão (realiza 0-40), desvio ulnar (realiza 0-25), desvio radial (realiza 0-15) de punho esquerdo, com dor à mobilização. Deficit de força grau 3. Edema (+/3+). Apresenta déficits de flexão de metacarpofalangeana (realiza 0-50), interfalangeana proximal (realiza 0-60) e interfalangeana distal (realiza 0-30) de 3º, 4º e 5º quirodáctilos à esquerda (lesão neural?). Dor aos moderados esforços. Atrofia (+/3+). Deficit de força grau 3.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador. Realizou fisioterapia. Refere alta medica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323161 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 16/06/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DO OSSO TRAPÉZIO DO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161584/19

Número do Sinistro: 3190323161

Vítima: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.251.678-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

DAMIANA BARBOSA DA SILVA : 043.251.678-62

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: 19/08/2019
Nome: DAMIANA BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.251.678-62

DAMIANA BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort