

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

025594114-58

4 - Nome completo da vítima:

SILVÂNIA MARIA FERREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Silvânia Maria Ferreira da Silva 025594114-58

6 - CPF:

977

10 - Complemento:

7 - Profissão:

do CAR

8 - Endereço:

Av. Oito

9 - Número:

54000-000

11 - Bairro:

CURADO

12 - Cidade:

JABOTACABAS

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

31999001787

15 - E-mail:

AMANDA SOARES AWD@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

31 999001787

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

714

5

CONTA:

77742

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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 Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (váinacer)? 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 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

RECIFE, 14 DE FEVEREIRO DE 2020.

Silvânia Maria Ferreira

da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Nome:SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA **Nº registro:** 688226
Dt. Nasc.:17/10/75 - 44 ano (s)
Sexo:Feminino **Mãe:** TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO Fone: 81985640378
Endereço: R BELARMINO SILVA, nº 908, CURADO V. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE
Data/hora: 10/12/2019 - 07:47
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

DOR TORNOZELO ESQ APÓS TRAUMA

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura:
PA: x mmHg HGT: mg/dL
EDEMA COM DOR

IMC: ()

Temperatura: °

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S826 - Fratura do maléolo lateral | Perônio [fibula], envolvendo

Resultados de Exames:

AO RX

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE MALÉOLO LATERAL ESQ

Evolução do paciente:

COLOVCADO TALA BOTA

SSOL TRASNF DE URG A CENTRAL DE LEITOS

H.D.H.C.

SENHA : 5834456

Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA
CRM: 6984

Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA, CRM: 6984. Data e Hora: 10/12/2019 12:04:20.

Rua Leonardo da

Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.855.932/0001-08 | Inscrição Estadual: 30055043-03 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

TEREZA MARIA DA CONCEICAO
PROX. A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

CPF 252 280 994-68

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofamiliar**

080925948 UNICA 30/12/2018

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 1 DO MARUIM 6

POINTER DOS CARVALHOS/POINTER DOS CARVALHOS
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54580-621

2736245011 12/2019
08/01/2020 29/01/2020
194.34

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	229.0000000	0,76727874	173,41
Acrescimo Basico AMARELA			0,00
Acrescimo Basico VERDE - JMA			0,00
Correção Juros Fazenda Municipal			0,00
TOTAL DA FATURA:			173,41

TOTAL DA FATURA

194,34

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W.H)
3150083235	CAT	49,00	08-11-2019	30,1-2016	27/11/2019	30	1,00000		122,00

1996-1997

Mês/Ano	Base de Cálculo	R\$	Valor do Imposto	COMPONENTES DO imposto	
				Imposto de Energia	Imposto de Renda
DEZ/18	229			R\$ 80,17	33,70%
NOV/18	49			R\$ 5,54	3,70%
OCT/18	29			R\$ 40,31	22,62%
SET/18	30			R\$ 12,76	7,13%
AGO/18	39			R\$ 9,46	5,31%
JUL/18	30			R\$ 45,31	27,45%
JUN/18	30			R\$ 278,19	100%
MAR/19	30				
MAR/19	172				
ABR/19	45				
MAR/19	148				
FEV/19	38				
JAN/19	82				
DEZ/18	81				
CUSTOS ADICIONAIS				CUSTOS ADICIONAIS	
					0,54920000
0487.C287.2484.7297.AC42.EB40.4EBC.CC45					

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 32, No. 4, December 2007
DOI 10.1215/03616878-32-4 © 2007 by the Southern Political Science Association

ATENÇÃO! A CÓPIA INFORMADA NESTE DOCUMENTO PODE SER PUNIDA PELA LEI.

EM ATE 15 DIAS, LIGUE US-ENGINETEK-CRUSADER® CORTE.

Este comunicado NÃO substitui a visão da diretora artística e não é considerado um documento oficial. Certo dia suspeitado da formação de um paralelo grupo político de representantes de diferentes partidos e de diferentes setores da sociedade, que se reuniu para discutir a criação de um novo partido, o PSL (Partido Social Liberal). Pode haver descrença de alguns, mas é a visão da diretora artística.

根据《关于进一步加强和改进大学生思想政治教育工作的意见》和《关于加强和改进大学生思想政治教育工作的若干意见》精神，结合我校实际情况，特制定本意见。

CONTRATO PONTEZINHA	VALOR APROXIMADO R\$ (2019)	LIMITE MENOR	LIMITE INDUSTRIAL	LIMITE MAIOR
PR	0,00	5,78	10,38	35,77
PR	0,00	3,23	6,47	12,94
PR00	0,03	2,34	0,03	0,00

1990-1991

TENSÃO ORIGINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÁXIMO
220	202	231

卷之三十一

CONTA CONTRATO: NÉSIANO DATA DE VENCIMENTO: 08/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$): 194,34
27362450111 12/2019

Nome:SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA **Nº registro:** 688226
Dt. Nasc.:17/10/75 - 44 ano (s)
Sexo:Feminino **Mãe:** TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO Fone: 81985640378
Endereço: R BELARMINO SILVA, nº 908, CURADO V. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE
Data/hora: 10/12/2019 - 07:47
Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

DOR TORNOZELO ESQ APÓS TRAUMA

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura:
PA: x mmHg HGT: mg/dL
EDEMA COM DOR

IMC: ()

Temperatura: °

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S826 - Fratura do maléolo lateral | Perônio [fibula], envolvendo

Resultados de Exames:

AO RX

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE MALÉOLO LATERAL ESQ

Evolução do paciente:

COLOVCADO TALA BOTA

SSOL TRASNF DE URG A CENTRAL DE LEITOS

H.D.H.C.

SENHA : 5834456

Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA
CRM: 6984

Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA, CRM: 6984. Data e Hora: 10/12/2019 12:04:20.

Rua Leonardo da

Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 13/1/20

Nº PRONTUÁRIO: 122940

NOME DO PACIENTE: Silvana Marne Ferreira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura tarsalgelo 2

consolidada

Alta ambulatório

5825

OBS.:

Nº DIAS ()

AFASTAMENTO DO TRABALHO

CRM - Pernambuco
Dr. Cícero Filho
Ortopedista - Ortopedologista

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



E

Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

UPA - CURADO

TORNOZELO

Registro: 688226

Data Nasc.: 17/10/1975

Data Exame: 10/12/2019 07:55:51

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

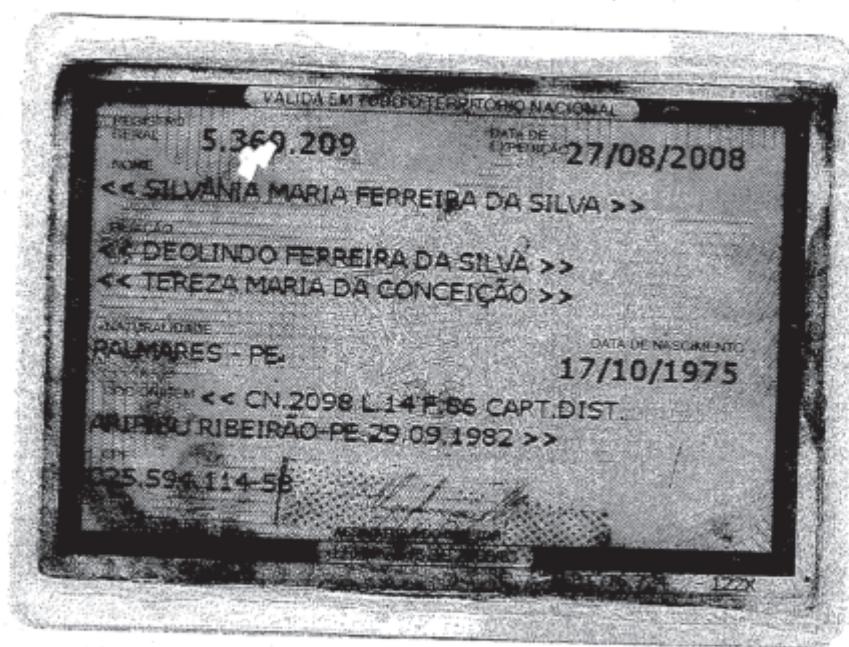
NOME: SILVANIA Mariz

REG: 122940

DATA: 16/12/09 (E)

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
NOME: SILVANIA M. Ferreira
REG: DN
DATA: 13 / 01 / 20







RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062220/20

Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 025.594.114-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF da: Próprio

Data do acidente: 10/12/2019

Titular do CPF: SILVANIA MARIA
FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA : 025.594.114-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e sobre o andamento do processo de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para a Central de Atendimento da seguradora, de segunda-feira à sexta-feira, das 08h às 20h: 4030-4996, pol. dia, com o SAC: 0800-032-4996.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.900,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 8.154/90.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é de interesse da vítima.

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 14/02/2020

Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 025.594.114-58

Data do cadastramento: 14/02/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

*Silvana Maria Ferreira
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA
da Silva*

*Juliana Bezerra de Lula
JULIANA BEZERRA DE LUNA*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200076892 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM TORNOZELO ESQUERDO COM FRATURA DE MALÉOLO LATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200076792** 3 - CPF da vítima: **025594114-58** 4 - Nome completo da vítima: **SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **025594114-58**
9 - Número: **474** 10 - Complemento:

7 - Profissão: **DO LAR** 8 - Endereço: **AV. CHATO** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53602-09**

11 - Bairro: **URANO** 15 - E-mail: **AMANDASOARESADM@HOTMAIL.COM** 16 - Tel. (DDD): **(81) 997001787**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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\$1,00 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 (INSCRIÇÃO) REPRESENTANTE LEGAL (DESENHAR LINHA DA INDENIZAÇÃO/PAIS, CURADOR, TUTORE)

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1733**

CONTA: **04208**

(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.

INVALIDEZ
PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 da Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, comprovando, desde já, em me suometer à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Cônjuges: Solteiro: Casado: Viúvo: Separado: Divorciado: Nenhum: Outro: _____

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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
filhos? Vivos: Falecidos: Nascer? Não Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: Nascer? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devolva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas pessoas que se apresentarem e provarem essa 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.

NÃO ALFAFETIZADO

34
Impossível
dizer se é
vítima ou
beneficiário
do seguro

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **RECIFE, 03 de maio de 2020**

***Silvana Maria**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Silvana Maria Ferreira da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.DD1.W002/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062220/20

Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 025.594.114-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/12/2019

Titular do CPF: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA : 025.594.114-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/02/2020
Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA
CPF: 025.594.114-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01737

CONTA: 00000004208-3

Autenticação:

E80CA3B2D08E67A7990F44BC75035BBA610687A15B2311CE06DFFFC1205C332E

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, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076892

Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANIA MARIA FERREIRA 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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076892

Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200076892 **Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 10/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000001737

Conta: 000004208-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

025594114-58

4 - Nome completo da vítima:

SILVÂNIA MARIA FERREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Silvânia Maria Ferreira da Silva 025594114-58

6 - CPF:

977

10 - Complemento:

7 - Profissão:

do CAR

8 - Endereço:

Av. Oito

9 - Número:

54000-000

11 - Bairro:

CURADO

12 - Cidade:

JABOTACABAS

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

31999001787

15 - E-mail:

AMANDA SOARES AWD@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

31 999001787

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

714

5

CONTA:

77742

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

0

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váinaser): 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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RELÍFE, 14 DE FEVEREIRO DE 2020.

Silvânia Maria Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

578145

0062220/20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 023ª CIRCUNSCRICAO - CAVALEIRO -
DP23ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0113000375

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/02/2020 às
17:30

Completa o BO Número: 20E0113000264

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 10/12/2019 às 22:00

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 1 - Bairro:
CURADO V - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **SINAL PARQUE SMOU CURADO V**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na garagem da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino**
**Mae: TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: DIOLINDO FERREIRA DA SILVA Data
de Nascimento: 17/10/1975 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 5360200/SDS/PE (RG), 02528411468 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAM Telefones Celulares:
- 988394972**

**Endereço Residencial: BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 820, RUA BELARMINO SILVA NR
820 CURADO V JABOATÃO - CEP: 53660-000 - Bairro: CURADO V - JABOATÃO DOS
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, SINAL PARQUE SMOU CURADO V**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade:
DESCONHECIDO**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INF A VÍTIMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO DO SEU MARIDO NA MOTO KFV7823 COR AMARELA QUANDO UM VEICULO BATEU NA MOTO E A VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA CAIU COM SEU MARIDO A MESMA FOI SOCORRIDA PELO SEU MARIDO RAFAEL DIEGO COSMO DO NASCIMENTO QUE LEVOU A MESMA PARA UPA DO CURADO II ONDE O MÉDICO FEZ OS PROCEDIMENTOS MORAIS E ENCAMINHOU PARA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ONDE FEZ UM RX E CONSTATOU FRATURA NO TORNOCÉLIO ESQUERDO MÉDICO DR. CARLOS KIHAN CRM 13483 A MESMA PROCUROU ESTA DELEGAÇÃO PARA PROVIDÊNCIAS CABIVEIS, COMPARECEU A ESTA DP. A SR^ª SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA, SOLICITANDO CORREÇÃO NA DATA DO FATO PARA 18/02/2019, CONFORME ENCONTROU NESTE COMPLEMENTO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

Silvana Maria Ferreira da Silv

B.O. registrado por: MOÍSES MANOEL DE LIMA - Matrícula: 388959-5

Moisés DL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 023^ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -
DP23^ªCIRC DIM/6^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0113000264

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/01/2020 às 08:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuioso (Consumado)
que aconteceu no dia 10/1/2019 às 22:00

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 1 - Bairro: CURADO V - JABOTATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **SINAL PARQUE SHOL CURADO V**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: **TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **DIOLINDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/10/1978** Naturalidade: **JABOTATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0366288/SDG/PE (RG), 02559411453 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **4º . GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 986694572**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 820, RUA BELARMINO SILVA NR 820 CURADO V JABOTATÃO - CEP: 56666-000 - Bairro: CURADO V - JABOTATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, SINAL PARQUE SHOL CURADO V**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categone/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INF A VÍTIMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO DO SEU MARIDO NA MOTO KFV7823 COR AMARELA QUANDO UM VEICULO BATEU NA MOTO E A VITIMA QUE ESTAVA NA GARUPA CAIU COM SEU MARIDO A MESMA FOI SOCORRIDA PELO SEU MARIDO RAFAEL DIEGO GOMES DO NASCIMENTO QUE LEVOU A MESMA PARA UPA DO CURADO II ONDE O MEDICO FEZ OS PROCEDIMENTOS NORMAIS E ENCAMINHOU PARA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAHARA ONDE FEZ UM RX E CONSTATOU FRATURA NO TORNOCOLO ESQUERDO MÉDICO DR. CARLOS RIHAN CRM 15483 A MESMA PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA PROVIDÊNCIAS CABIVEIS

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

Silvana Maria Ferreira da Silva

B.O. registrado por: **EMIDIO GOMES DE AGUIAR FILHO** - Matrícula: **3889820**

