

# 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 ASI: 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Silvaníia Maria Ferreira DA SILVA 6 - CPF: 025594114-58  
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: Av. Oito 9 - Número: 974 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CURADO 12 - Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAS 13 - Estado: 14 - CEP: 54000-000  
15 - E-mail: AMANDA SOARES SAUD@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 81 997001787

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\$1.00 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)

AGÊNCIA: 714 5 CONTA: 77742 0  
(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.

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das 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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascor)? ☐ 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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. JABOATÃO 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

IMC: ()

Temperatura: °

EDEMA COM DOR

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

### Resultados de Exames:

AO RX

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE MALÉOLO LATERAL ESQ

### Evolução do paciente:

COLOVADO 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





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 10.825.932/0001-08 | Ins. Est. 0005043-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO  
PROX. A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

CPF: 252.280.994-68

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

TV 1 DO MARUM 6

PONTE DOS CARVALHOS/PONTE DOS CARV  
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE  
54580-821

Nº DA NOTA FISCAL	ABRIL	DESCRIÇÃO
080925348	UNICA	30/12/2019
IMPRESSÃO CAD	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
30/12/2019	2002438411	553846

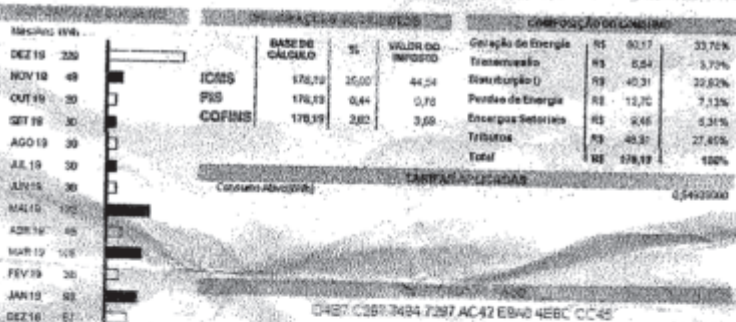
CONTA CONTRATO	VERSÃO
2736245011	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
08/01/2020	29/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	194,34

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	229,0000000	0,75727874	173,41
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,87
Acrescimo Bandeira VERDE			0,81
Contrib. Rum. Pública Municipal			7,25
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>194,34</b>

**DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
313038332	CAT	10-11-2019	49,00		30-12-2019	278,00		30	1,00000		229,00



**ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO**

EM ATÉ 15 DIAS, DÍVIDAS EM DIÁRIOS CRIANDO CONTAS

Vencido	Valor	Vencido	Valor
05/01/20	12,33	05/01/20	12,33
05/01/20	12,33	05/01/20	12,33

Este comunicado NÃO substitui o envio de cartas anteriores e NÃO constitui uma oferta de crédito. Caso a sua situação de fornecimento de energia elétrica seja afetada, você é responsável por manter o pagamento em dia. Caso contrário, a CELPE poderá interromper o fornecimento de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

TENSÃO E FREQUÊNCIA NOMINAIS				TENSÃO DE VARIAÇÃO (V)		
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
PONTEIRONA	APURADO	ANUAL	TRIMESTRAL			
200	0,00	5,76	10,38	220	202	231
200	0,00	3,23	6,47			
200	0,00	2,38	0,00			

Fonte: DCEI 11,32. Base: Valor do faturamento de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 18,32.

CONTA CONTRATO	VERSÃO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2736245011	12/2019	08/01/2020	194,34

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. JABOATÃO 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

IMC: ()

Temperatura: °

EDEMA COM DOR

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

### Resultados de Exames:

AO RX

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE MALÉOLO LATERAL ESQ

### Evolução do paciente:

COLOVADO 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

## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 13/1/20

Nº PRONTUÁRIO: 122940

NOME DO PACIENTE:

Silvana Jane Fereiro

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura suspenso @

CID:

consolidado

OBS.:

Alta ambulatorial  
5825

Nº DIAS \_\_\_\_\_

AFASTAMENTO DO TRABALHO

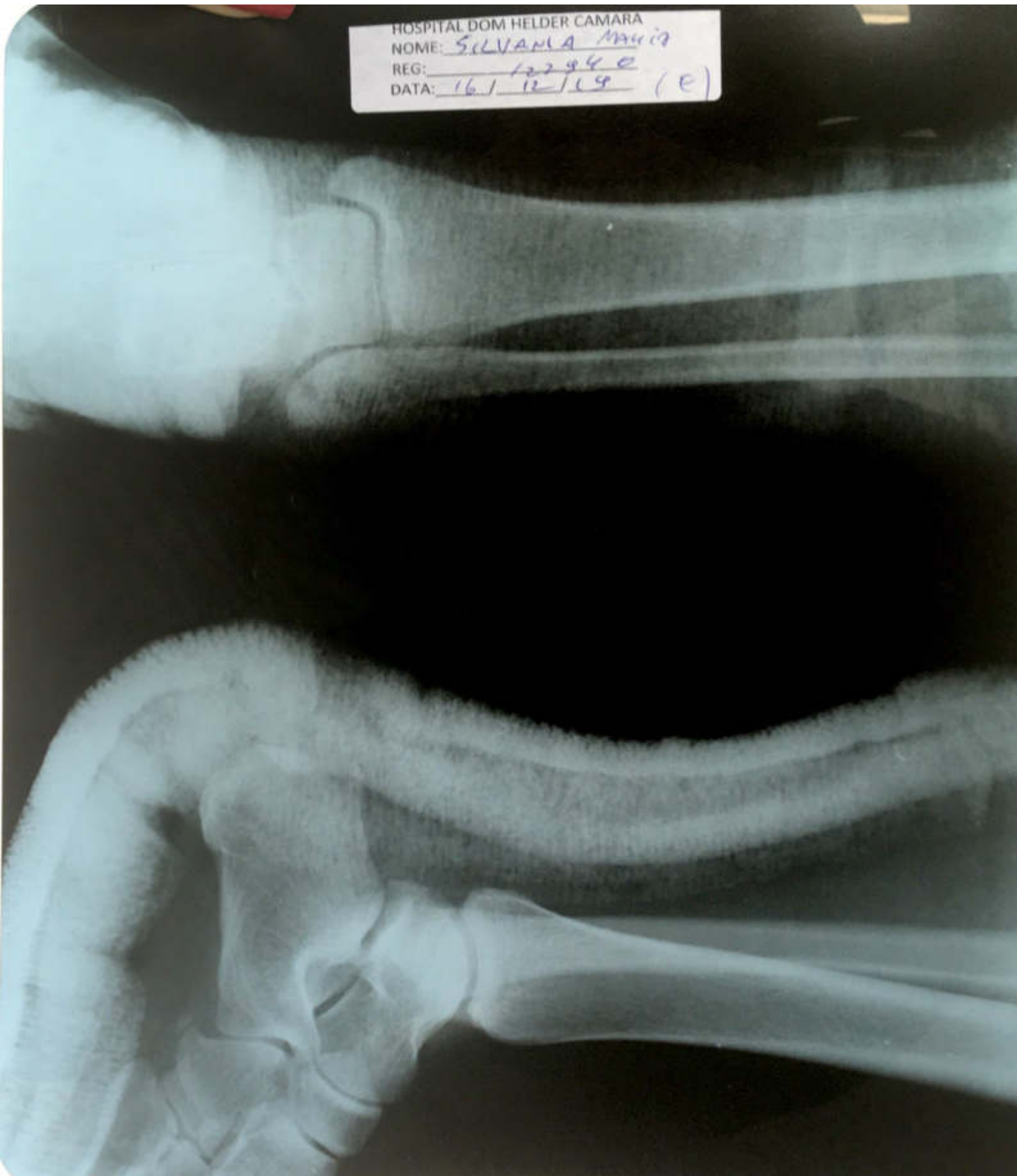
Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391





HOSPITAL DOM HELDER CAMARA  
NOME: SILVANIA MARIA  
REG: 122940  
DATA: 16/12/19 (E)













INSTITUTO NACIONAL  
DE SEGURANÇA SOCIAL

**CPF**

**025.594.114-58**

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

17/10/1975





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Lida dos  
Condições do 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 de: 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 consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 08h às 18h: 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800-822.12.04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800-822-8189.

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

*Silvania Maria Ferreira*  
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

*da Silva*

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

*Juliana Bezerra de Luna*  
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: ☐ DADS (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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 025594114-58  
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: AV. CITO 9 - Número: 474 10 - Complemento:   
11 - Bairro: URANO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53602-09  
15 - E-mail: AMANDASOARESADN@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (81) 997001737

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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1733 CONTA: 04208 3 AGÊNCIA:  CONTA:   
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das 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 discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) ☐ Divorçado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Casado(a) com falecido(a)

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 nascituro(a) ou nascido(a)? ☐ 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 provarão 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 requerente:   
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 - 1ª | Nome:  CPF:   
Assinatura da testemunha:   
39 - 2ª | Nome:  CPF:   
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: RECIFE, 03 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Silvania Maria Ferreira da Silva  
43 - Assinatura do Procurador (se houver):



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062220/20

**Vítima:** SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 025.594.114-58

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/12/2019

**Titular do CPF:** SILVANIA MARIA  
FERREIRA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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 consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA BEZERRA DE LUNA

ITAÚ - 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: 000000004208-3

Autenticação:

E80CA3B2D08E67A7990F44BC75035BBA610687A15B2311CE06DFFFC1205C332E

---

**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





---

**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



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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Silvania Maria Ferreira da Silva 6 - CPF: 025594114-58  
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: Av. Oito 9 - Número: 974 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CURADO 12 - Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAS 13 - Estado: 14 - CEP: 54000-000  
15 - E-mail: AMANDA SOARES SAUD@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 81 997001787

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\$1.00 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)

AGÊNCIA: 714 5 CONTA: 77742 0  
(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.

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das 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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



578145

006 2 220/20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -  
DP23ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0113000375

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

Complementa o BO Número: 20E0113000264

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 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 no plantão) - Sexo:**  
**Feminino Mãe: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: DIOLINDO FERREIRA DA SILVA Data**  
**de Nascimento: 17/10/1975 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL Documentos: 5360200/SGS/PE (RG), 82359411458 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)**  
**Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:**  
**- 998894972**

**Endereço Residencial: BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 920, RUA DELARMINO SILVA NR**  
**920 CURADO V JABOATÃO - CEP: 55060-000 - Bairro: CURADO V - JABOATÃO DOS**  
**GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, SINAL PARQUE SHOL CURADO V**

**DESCONHECIDO (não presente no 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(s): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A

Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

## Complemento / Observação

INF A VITIMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO DO SEU MARIDO NA MOTO KPV7823 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 COSMO 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 CANARA ONDE FEZ UM RX E CONSTATOU FRATURA NO TORNZELO ESQUERDO MEDICO DR. CARLOS RIMAN CRM 13483 A MESMA PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA PROVIDENCIAS CABIVEIS . COMPARECEU A ESTA DP. A SRª SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA, SOLICITANDO CORREÇÃO NA DATA DO FATO PARA 10/12/2019 ,CONFORME ENCERRO ESTE COMPLEMENTO.

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

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
(VITIMA)

*Silvania Maria Ferreira da Silva*

B.O. registrado por: MOISES MANOEL DE LIMA - Matrícula: 330959-3

*Moises*



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

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 - Culposos (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 - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -**  
Ponto de Referência: **SINAL PARQUE SHOL CURADO V**  
Local do Fato: **NAO 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: **TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **DIOLINDO FERREIRA DA SILVA** Data  
de Nascimento: **17/10/1978** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **3380200/SSS/PE (RG), 02559411453 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:  
**- 955894972**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 920, RUA BELARMINO SILVA NR**  
**920 CURADO V JABOATÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CURADO V - JABOATÃO 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**  
 Categorias/Marcas/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 KFU7823 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 MEDICO FEZ OS PROCEDIMENTOS NORMAIS E ENCAMINHOU PARA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA ONDE FEZ UM RX E CONSTATOU FRATURA NO TORNZELO 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  
 (VÍTIMA)

*Silvania Maria Ferreira da Silva*

B.O. registrado por: **EMÍDIO GOMES DE AGUIAR FILHO** - Matrícula: 3899828

