



Número: **0000109-72.2020.8.17.2650**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Glória do Goitá**

Última distribuição : **31/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLECIA BARBOSA DE LIMA (REQUERENTE)		JULIANE DOS SANTOS FEITOSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65379 266	28/07/2020 13:40	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641657

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLECIA BARBOSA DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00333/00334 - carta_02 - INVALIDEZ

00070167



Carta nº 15162412





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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641657

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLECIA BARBOSA DE LIMA

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,

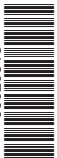
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15143076

Pag. 00695/00696 - carta_01 - INVALIDEZ

00020348



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288380/19

Número do Sinistro: 3190492328

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

CPF: 070.949.894-23

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLECIA BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

CLECIA BARBOSA DE LIMA : 070.949.894-23

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: 13/09/2019
Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
CPF: 070.949.894-23

CLECIA BARBOSA DE LIMA

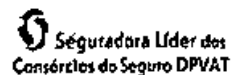
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288380/19

Número do Sinistro: 3190492328

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

CPF: 070.949.894-23

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLECIA BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

CLECIA BARBOSA DE LIMA : 070.949.894-23

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 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: 13/09/2019
Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
CPF: 070.949.894-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

CLECIA BARBOSA DE LIMA

Alexandre Tavares Belfort



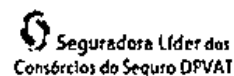
Cartão



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL	
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	
	CPF: 015.235.872-31 DATA DE NASCIMENTO: 05/05/1975
TIPO DE IDENTIFICAÇÃO: 01	DATA DE EMISSÃO: 27/08/2019
ASSINATURA: [Assinatura]	DATA DE VALIDADE: 27/08/2020
ASSINATURA: [Assinatura]	DATA DE VALIDADE: 27/08/2020
ASSINATURA: [Assinatura]	DATA DE VALIDADE: 27/08/2020



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288380/19

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

CPF: 070.949.894-23

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLECIA BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CLECIA BARBOSA DE LIMA : 070.949.894-23

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 as mesmas devem ser digitalizadas 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: 21/08/2019
Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
CPF: 070.949.894-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

CLECIA BARBOSA DE LIMA

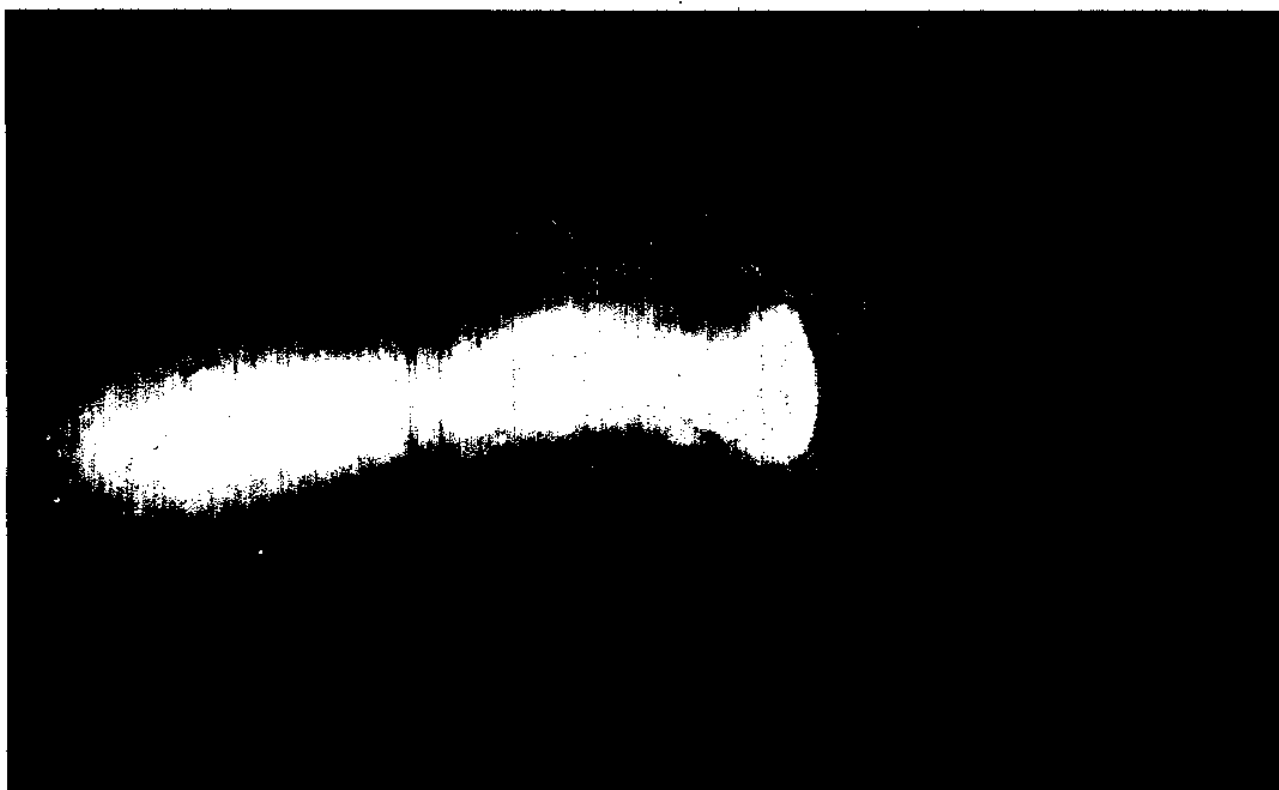
Nathalia Beatriz Braga Costa



<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox?project=1>

11/08/2019

IMG-20190805-WA0157.jpg



fratura no to no zúlo



IMG-20190805-WA0158.jpg

08/02/2019



Fratura do Tornozelo

1/1

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox?projector=1>





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA D. ACACIA LALIPA N.º 1000 - CENTRO G. 1
PRATA DO LATA PE 55620-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 10120594	
MAURÍCIA MARIA DA SILVA		RUA VER. 1000 1000 D. ACACIA LALIPA, 10. 00000 - VILA DA CAIXA G. 1	
IA DO GOIÁ PE 55620-000		INSCRIÇÃO: 001.141.445.000 - GRUPO: 1 - DEB. AUTOMÁTICO: 40101.0004	
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO 107N1.3/37	DATA LEIT. ANTERIOR 15-05/2019	DATA LEIT. ATUAL 12-06/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) MÓDULO
ÁGUA: LEIT. INI: 810 LEIT. ATU: 810 LEIT. FAT: 810			
CONSUMO: 0 TAXA MÍNIMA			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO			
01/2019 03		02/2019 03	
03/2019 03		04/2019 03	
05/2019 03		06/2019 03	
07/2019 03		08/2019 03	
09/2019 03		10/2019 03	
11/2019 03		12/2019 03	
MÉDIA: 03		Qualidade da Água: www.compesa.com.br	
OBS.: 1) MULTIPLOS INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 2) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 3) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 4) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 5) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 6) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 7) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 8) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 9) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 10) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 11) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 12) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 13) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 14) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 15) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 16) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 17) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 18) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 19) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 20) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 21) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 22) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 23) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 24) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 25) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 26) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 27) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 28) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 29) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 30) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 31) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 32) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 33) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 34) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 35) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 36) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 37) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 38) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 39) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 40) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 41) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 42) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 43) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 44) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 45) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 46) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 47) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 48) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 49) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 50) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 51) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 52) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 53) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 54) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 55) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 56) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 57) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 58) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 59) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 60) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 61) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 62) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 63) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 64) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 65) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 66) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 67) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 68) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 69) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 70) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 71) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 72) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 73) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 74) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 75) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 76) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 77) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 78) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 79) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 80) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 81) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 82) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 83) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 84) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 85) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 86) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 87) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 88) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 89) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 90) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 91) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 92) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 93) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 94) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 95) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 96) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 97) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 98) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 99) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS 100) OS PARÂMETROS DE INDICADORES DE AUSENCIA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE (R\$)			
CONSUMO DE ÁGUA		3,145	41,38
MÉDIA P/ IMPONTUALIDADE 04/2019			0,83
JÚROS DE MORA 01/2019			2,29
TOTAL			44,50
CÁLCULO		PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
2,65			0,65
2,60			3,14



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **013932420496**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RAT. C	EXERCÍCIO
1	1047118901	*****	2018

NOME

ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO

CITY / UF

GLORIA GOMES-PE

866.239.074-912	PLACA
	PEA7824

PLACA ANT. / UF	CHASSI
***** PE	5025C158078308063

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA	ALCO / GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDI	2015	2015

CAP / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PERTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO	1° *****	
FACA I.P.V.A.	2° *****	
1	3° *****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO FACO		PRÊMIO OBRIGATORIO	

OBSERVAÇÕES

AL. EID. ADM. ORES MAC. HONDA LTDA
REPRESENTAÇÃO DE VEÍCULOS E MOTOCICLETAS
AV. J. G. M. SILVA, 150 - JARDIM

GLORIA GOMES	DATA
	19/02/18

DETRAN/PE

DUT



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Clécia Barbosa de Lima
 Loc. Nas. Faria Nova, Pernambuco, dat. 18/04/81
 Filiação Alfonso Manoel de Lima e de
Flávia Barbosa de Lima
 Doc. nº CM. 11.899.2.PB.41.LIV.A-12.Faria Nova, PE
 Estrangeiros
 Chegada ao Brasil em Doc. Ident. nº
 Esp. em Estado
 Obs. 04/08/97 DIRT Faria Nova, PE
 Data Emissão 04/08/97
 Assinatura do Funcionário Macilene
Luciana Coelho da Silveira

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

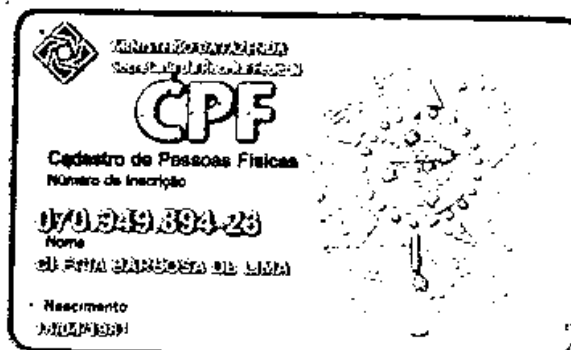
Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Nascimento



Documentos de identificação

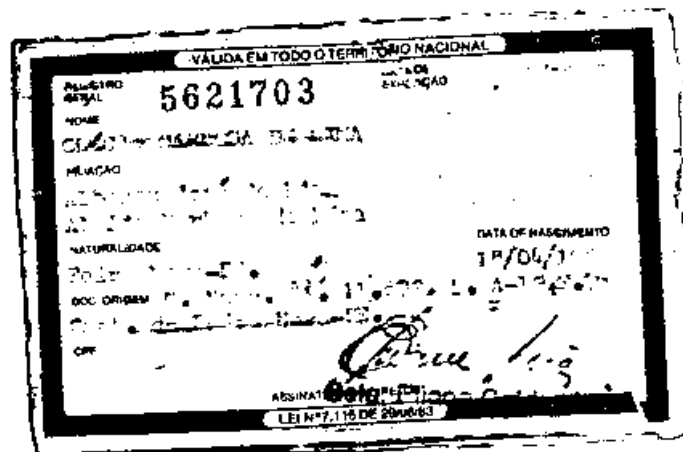
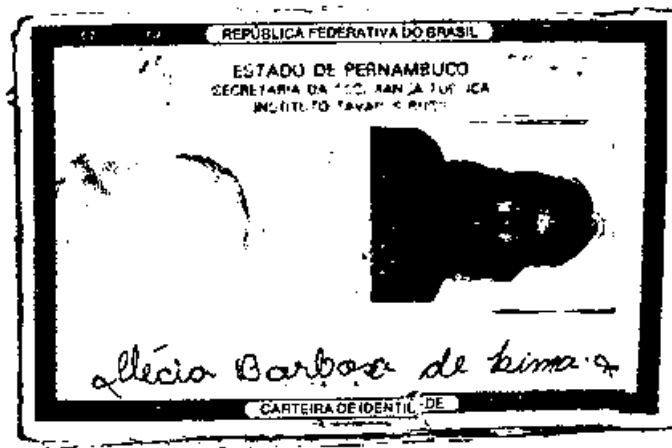
... novo companheiro os perigos que o cercam
 ... é uma lição que deve ser apreciada, para
 ... seguras.
 ... tem uma causa que é preciso ser pesqui-
 ... a sua repetição.
 ... ferido acidentado, procure logo o socorro médico
 ... não deixe que "entendidos" e "curiosos" con-
 ... o agravamento de sua lesão.
 ... não é electricista, não se meta a fazer serviços de
 ...
 ... o socorro médico imediato, se você for vítima de
 ... acidente, amanhã será tarde demais.
 ... As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve res-
 ...
 ... Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de
 ... mestres e chefes.
 ... Conheça sempre as regras de segurança da seção onde vo-
 ... trabalha.
 ... Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes
 ... de distração.
 ... Leia e refleta sempre os ensinamentos contidos nos cartaz-
 ... e avisos sobre prevenção de acidentes.
 ... Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fa-
 ... rem parte do seu uniforme de trabalho.
 ... Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos
 ... lugares.
 ... Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-
 ...
 ... Mantenha-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use
 ... dispositivos de proteção adequados a seu serviço.
 ... e o manejo dos extintores e demais dispositivos de
 ... fogo existentes em seu local de trabalho. Você
 ... pode ser necessário de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO
 SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL - PE
 Convênio
 055355
 000047
 Número
 ASSINATURA DO PORTADOR
 Clécia Barbosa de Lima

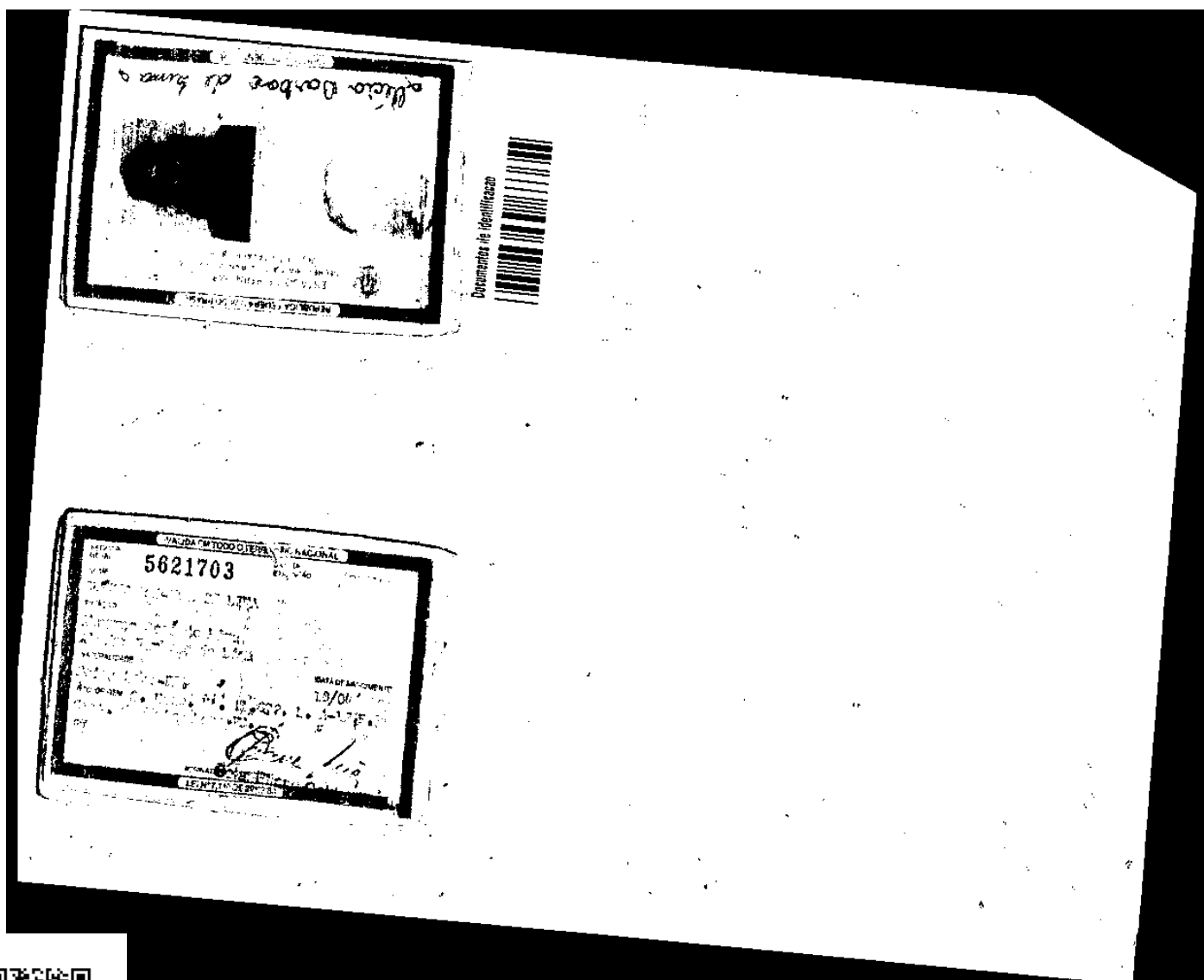


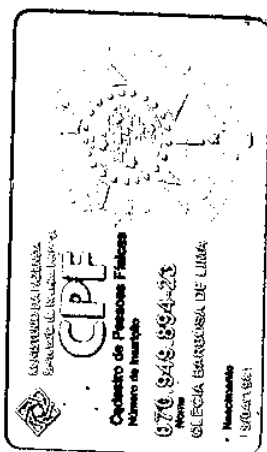
Documentos de Identificação













Secretaria Municipal de Saúde
Receituário

Documentação médico - hospitalar



Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Registro nº: _____

Clinica: _____

Enfermaria: _____

Atesto para os devidos fins e
outros que a forem solicitados
e encontrados. Heicidas
A mesma sofreu acidente de
moto em 16.08.18 e encon-
trou-se sem possibilidade de realizar
suas atividades pro fisioterapeuta

CID 10 - M19.1
593.4

Zenilto Miranda
Médico - C.R.O. 3
CRM 10.423

Data: ____/____/____

MÉDICO





Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 16/08/18 Hora da Chegada: 16.04 Hora da Saída: _____
Nome: Cléia Barbosa de Lima Registro Nº 272.527
Data de Nascimento: 18/04/81 Idade: 37a Cor: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
Nome da Mãe: Alaide P. de Lima
Endereço: R. Gameteiro Nº: — Bairro: _____
Naturalidade: Tejuoca - PE Responsável: A mesma

Fone: () _____

H. D. A.: _____

Queixa de mal de garganta há
alguns dias e trauma no pé F. +
procurou no D. F.
19.16 e dem. no pé F.

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 160 x 100 mmHg: HGT: _____ mg/dL Temperatura: _____ °C
Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg. SpO₂: _____ %
Diagnóstico: HAS

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OTAPEDICE - DT: 23 2595
Captenol 25mg 1q 20
12/4/40

Berthia Braz
Medica
16/08/2018



Título Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-802
CNPJ 10.835.822/0001-06 | Insc. Est. 00524343 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSÉ MAURÍCIO DA ROCHA, 16

CPF: 014.751.124-03

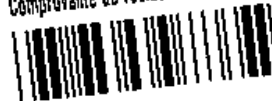
VILA DA CAIXA GLÓRIA DO GOIÁ
GLÓRIA DO GOIÁ PE
55670-000

CLASSIFICAÇÃO
R1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DA FATURA	NOME	VALOR
07/15/2019	ÚNICA	28/07/2019
DATA DE VENCIMENTO	NOME	VALOR
28/07/2019	28/07/2019	1214535

CONTA CONTRATADA	DATA DE VENCIMENTO
1743300021	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
05/08/2019	28/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	130,94

Comprovante de residência



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VW)	153,0000000	0,7883095	119,43
Acréscimo Bônus a AMARELA			7,85
Contrib. Rum. Póster a Municipal			1,03
ICMS Subvenção CLE-Nº 083653/19-7806/1R			-0,37
Bônus ITAPU - art. 11 da Lei 10.438/2002			

TOTAL DA FATURA										130,94
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
070001	CA1	31-05-2019	57360	57360	28-07-2019	58450	58450	31	1,0000	119,43

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês	Consumo (KWh)	Valor de Cálculo	%	Valor de Consumo	%
JUL 19	153	119,43	25,00	119,43	25,00
AGO 19	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 19	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 19	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 19	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 19	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 20	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 21	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 22	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 23	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 24	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 25	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 26	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 27	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 28	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 29	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 31	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 32	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 33	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JAN 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
MAY 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
AGO 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT 34	0	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 34	0	0,00	0,00	0,00	



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 121

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022

Declaração do proprietário do veículo



Eu, Adelino Francisco do Nascimento
RG nº 4665857, data de expedição 23/09/91
Órgão S.S.P, portador do CPF nº 866.239.074.91
com domicílio na cidade de Glória do Góia, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Barbosa de Lima, nº 29
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Elisvia Barbosa de Lima, cujo o condutor era
Elisvia Barbosa de Lima
Veículo: Moto Modelo: Honda CG150 Fun 657 Ano: 2015
Placa: PEA 7824 Chassi: 9C2KC1680FR300063
Data do Acidente: 16/08/2018

Local e Data: Glória do Góia - 12.08.2019

Adelino Francisco do Nascimento

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GÓIA
Títular: ELISIA CARLA DE MENDONÇA
Telefone: (011) 3658-2168

Reconheço a(s) firma(s) de ADELINO FRANCISCO DO
NASCIMENTO por AUTENTICIDADE. Emolumento R\$ 3,99; TSNR
R\$0,80. Glória do Góia/PE, 12/08/2019/Em testemunho da
Verdade. Dou Fé. ELISIA CARLA DE MENDONÇA - TABELIA.

Selo: 0159533.YPT08201902.00083 12/08/2019 15:33:01
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/validadigital





Secretaria Municipal de Saúde
Receituário

Documentação médico - hospitalar



Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Registro nº: _____

Clinica: _____

Enfermaria: _____

Atesto para os devidos fins e
outros que a forem oprim
citados e encontra-se liberada
A mesma sofreu acidente de
moto em 16.08.18 e encon-
tra-se sem possibilidade de realizar
suas atividades pro fisioterapi

CID 10 - M19.1
593.4

Zenilto Miranda
Médico - C.R.O. 3
CRM 10.423

Data: ____/____/____

MÉDICO





Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 16/08/18 Hora da Chegada: 16.04 Hora da Saída: _____
Nome: Cléia Barbosa de Lima Registro Nº 272.527
Data de Nascimento: 18/04/81 Idade: 37a Cor: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
Nome da Mãe: Alaide P. de Lima
Endereço: R. Gameteiro Nº: _____ Bairro: _____
Naturalidade: Tejuoca - PE Responsável: A mesma

Fone: () _____

H. D. A.: _____

Queixa de mal de garganta há
febre e trauma no pé F +
procurou no D. F
19.16 e dem. no pé F

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 160 x 100 mmHg: HGT: _____ mg/dL Temperatura: _____ °C
Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg. SpO₂: _____ %
Diagnóstico: KAS

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OTAPEDICE - DT: 23 2595

Captenol 25mg 1q 20
12h e 40'

Berthia Braz
Medica
16/08/2018

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Certidão de nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO MUNICÍPIO DE FEIRA NOVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Bel. NICODEMOS FERREIRA DE BARROS - Oficial
COSMA MARIA DE SANTANA - Substituto

NASCIMENTO N.º 10.000

CERTIFICO que no livro número 100 de Registro de Nascimento, deste Cartório as folhas 20 sob o número 10000 foi lavrado hoje o Registro de

nascido no dia 20/07/2020 às 15h em Feira Nova do Estado de Pernambuco, filho de Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior e Luciana Maria de Mello Junior

do sexo Masculino filh. de Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior e Luciana Maria de Mello Junior

são avós paternos Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior e Luciana Maria de Mello Junior

e maternos Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior e Luciana Maria de Mello Junior

Foi declarante Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Testemunhas Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior e Luciana Maria de Mello Junior

Observações:

O referido é verdade e dou fé

Feira Nova, 20 de Julho de 2020





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.949.814.23 4 - Nome completo da vítima: Clécia Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Clécia Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.814.23
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua José Maurício de Rorke 9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila da Torre 12 - Cidade: Glória do Góia 13 - Estado: GO 14 - CEP: 75620-000
15 - E-mail: jc6467713@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81-993359319

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3536 13 CONTA: 14778 2 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 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 assinado, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (os nascitos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Glória do Góia, 12.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

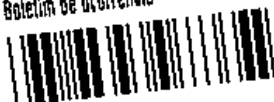
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

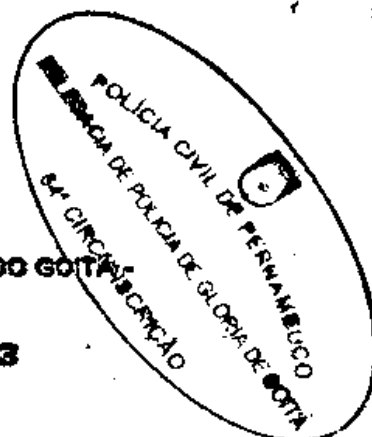
002/2019



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 06ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOIÁ
DP6ªCIRC DINTERIM 2ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000013

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/01/2019 às 08:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado) que aconteceu no dia 18/02/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOIÁ, 1, BARRO NOVA GLÓRIA, GLÓRIA DO GOIÁ - Bairro: NOVA GLÓRIA - GLÓRIA DO GOIÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO (OUTRO)
CLÉCIA BARBOSA DE LIMA (VÍTIMA)

RECEBIDO

15 AGO 2019

Seguradora Líder DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Unidade na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLÉCIA BARBOSA DE LIMA**

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

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ALAIDE BARBOSA DE LIMA** Pai: **ALBERES JOSÉ DE LIMA** Data de Nascimento: **18/01/1961** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOIÁ, 308, RUA CAMILEIRA, 308, NOVA GLÓRIA, GLÓRIA DO GOIÁ - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - GLÓRIA DO GOIÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESCONHECIDO** Data de Nascimento: **11/1990** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO** Pai: **SEVERINO FRANCISCO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **08/1976** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA CONSO TITAN (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLÉCIA BARBOSA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Piecs: **PEA7824 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Remessa: **104711890**

09/01/2019 08:18





EXCERTE DO ACÓRDÃO DE JULGAMENTO
DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL
DO JÚRI Nº 1.234.567-8
DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020
ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020

ACÓRDÃO DE JULGAMENTO DO JÚRI Nº 1.234.567-8 DE 2020



Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

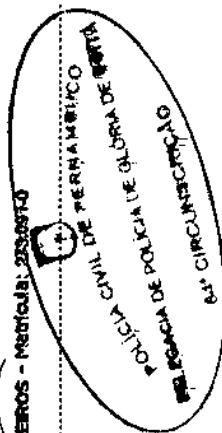
Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, ESTA TRANSITAVA POR UMA DETERMINADA RUA DO BARRIO NOVA GLÓRIA QUANDO FOI DESVIADA DE UMA OUTRA PESSOA QUE TRANSITAVA PELA CONTRAMÃO DA VIA, POR CONTA DA MANOEIRA ERUICA, A VITIMA VEOU A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR NO CHÃO, SOFRENDO LERES NA ALTURA DO PE ESQUERDO. A VITIMA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL LOCAL, POR FIM DECLINOU QUE NÃO SABE IDENTIFICAR A CONDUTORA DO OUTRO VEICULO, NADA MAIS DISSE.

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

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: NATHAN JOSÉ DE OLIVEIRA NEDEROS - MONTOU: 28/07/20





08/07/2020 13:40:07

08/07/2020 13:40:07

08/07/2020 13:40:07

08/07/2020 13:40:07

08/07/2020 13:40:07

08/07/2020 13:40:07

08/07/2020 13:40:07

08/07/2020 13:40:07

08/07/2020 13:40:07

BUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 172106

Cor/Raça: PARDO
CNS: 200644304260003

Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
End.: RUA GAMILEIRA
Municp. GLÓRIA DO GOITÁ
Mãe: ALAIDE BARBOSA DE LIMA
Profissão:

Idade: 37 Anos 3 Meses 29 Dias
Nascimento: 18/04/1981
Bairro: CENTRO
Nac.: BRASILEIRA
Pal: ALBERTIS JOSE DE LIMA
Responsável:

Nº OCORRÊNCIA:

Sexo: FEMININO
Est.Civil:
CEP: 55620000
Doc nº: 5621703
Tel.:

Últimas Ocorrências:

Data: 16/08/2018 Hora: 16:57 Nº Ocorrência: 99705 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ORTOPEDIA

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Doi em MMII há
02 anos "Aneda de
Mão" necrosas
em queixo Direito.
ultrassom tomoxelos.

TRATAMENTO:

1000 tomoxelo
A 7 NE.
1000 tomoxelo

EXAMES COMPLEMENTARES:

Ultrassom tomoxelos @

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

ultrassom tomoxelo 843.11

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☒ INTERNO ☐
JUSTIFICATIVA: para furo.

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. B-SICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO CRM

HORÁRIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: ROSANGELA DE OLIVEIRA FERREIRA

DATA: 16/08/2018 16:57:12





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 ASI: 3190492328 3 - CPF da vítima: 070.949.894.23 4 - Nome completo da vítima: Clécio Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Clécio Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.894.23

7 - Profissão: Físico de Loja 8 - Endereço: Rua Maurício da Rocha 9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Vila da Caixa 12 - Cidade: Glória do Gostoso 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55620-100

15 - E-mail: silvamarcelo64@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81-93359319

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:

☐ RECURSO 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3536 073 CONTA: 14778 (2)

(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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (ou nascituros)? ☐ 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 atestado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Glória do Gostoso 30.08.19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.949.814.23 4 - Nome completo da vítima: Clécia Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Clécia Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.814.23
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua José Maurício de Rocio 9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila da Torre 12 - Cidade: Glória do Góia 13 - Estado: GO 14 - CEP: 75620-000
15 - E-mail: jc6467713@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81-993359319

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3536 013 CONTA: 14778 02
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 assinado, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (os nascitos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

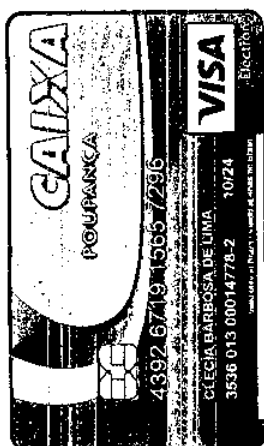
40 - Local e Data: Glória do Góia, 12.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

002/2019



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:	13/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	337,50
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLECIA BARBOSA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000014778-2

Nr. da Autenticação 616FDCEFC8155076



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402714/19

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

CPF: 070.949.894-23

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLECIA BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CLECIA BARBOSA DE LIMA : 070.949.894-23

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: 18/11/2019
Nome: CLECIA BARBOSA DE LIMA
CPF: 070.949.894-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

CLECIA BARBOSA DE LIMA

ANDREZA ALVES DA CUNHA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190641657 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 16/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO COM LESAO LIGAMENTAR

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (LIMITADA EM APROX 15 GRAUS)

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO DA LESAO EVOLUINDO COM EDEMA RESIDUAL E FIBROSE TALOFIBULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

Conduta mantida:

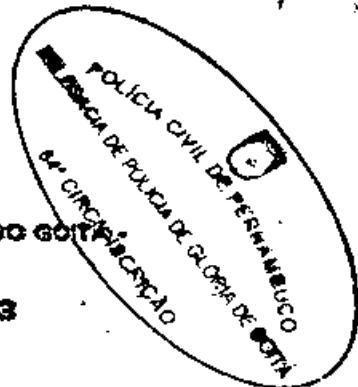
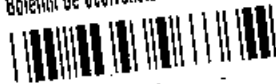
Observações:

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 054ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITA
DP04PCIRC DINTERIM2DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0154000013

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/01/2019 às 08:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa (Consumado) que aconteceu no dia 18/8/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, BARRIO NOVA GLORIA, GLORIA DO GOITA - Bairro: NOVA GLORIA - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO (OUTRO)
CLÉCIA BARBOSA DE LIMA (VÍTIMA)**

RECEBIDO

15 AGO 2019

Seguradora Lider DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CLÉCIA BARBOSA DE LIMA

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

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nome: ALAIDE BARBOSA DE LIMA Pat. ALBERCE JOSÉ DE LIMA Data de Nascimento: 18/8/1981 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE GLORIA DO GOITA, 308, RUA GAMBELLA, 308, NOVA GLORIA, GLORIA DO GOITA - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nome: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 18/1900 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nome: MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO Pat. GEVERINO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 08/05/1985 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA COMBO TITAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADELINO FRANCISCO DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): CLÉCIA BARBOSA DE LIMA
Categoria/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Piaca: **PEA7824 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Rndom: 104711890**



[illegible][illegible]

144080 ЖЕЛТОКАРДЫН МУО ЛОКАЛЫДО 1 БЕРГОВЫЙ ПОСЕЛЕНИЕ
РЕСКОМБЕСИДО (УЗБЕКИСТАН) - ЭКА РЕСКОМБЕСИДО. РЕСКОМБЕСИДО ОЗЕР

[illegible]

ՄԱՅՈՒՆ ԸՆ ՈՒՄ
ԼԵՈՒՈՒ: (ընթո մո ճառնոո ոո ԾՈՒՄՈՒՄ) * ՃՈՒ ԵՊՈՒՄ ՃՈՒ ԾՈՒՄ ԳՈՒ) ՃՈՒ: ՃՈՒՄ
ՈՒՄՈՒՄ) ՄԱՅՈՒՄՈՒՄ) ՄՈ ՃՈՒՄՈՒՄ:

СРЕДЪ ВЪВЕДЪВЪ СЪ ПЪТЪ (АДЪТЪ)
ВЪВЕДЪВЪ СЪ ПЪТЪ СЪ ПЪТЪ (АДЪТЪ)
ВЪВЕДЪВЪ СЪ ПЪТЪ СЪ ПЪТЪ (АДЪТЪ)
ВЪВЕДЪВЪ СЪ ПЪТЪ СЪ ПЪТЪ (АДЪТЪ)

ΓΥΝΑΙΚΑ ΕΙΣ ΤΗΝ ΑΝΑΒΙΒΗΝ
 ΕΤΕΡΗΝ ΟΥ ΕΘΥΛΕ - ΕΥΜΑΙΟΣ: ΝΟΜΩ ΕΤΕΡΗΝ - ΕΤΕΡΗΝ ΟΥ ΟΥΝ ΑΝΑΒΙΒΗΝ ΕΙΣ ΤΗΝ
 ΕΙΣ ΤΗΝ ΟΥΝ ΑΝΑΒΙΒΗΝ ΕΙΣ ΤΗΝ ΟΥΝ ΑΝΑΒΙΒΗΝ ΕΙΣ ΤΗΝ ΟΥΝ ΑΝΑΒΙΒΗΝ ΕΙΣ ΤΗΝ ΟΥΝ ΑΝΑΒΙΒΗΝ

NO 015 1875018 NO 08/07/2018 09:18

ВОЛНУН ОВ ОСОБЛЕНСВУ №: 7250724000013

DEPARTAMENTO DE DEFESA
DELEGACIA DE POLICIA DA 104. CIRCUNSCRICAO - GRUPO DO COMANDO
POLICIA CIVIL DE BERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO ESTADO DE BERNAMBUCO

ՀԱՅԿԱՅ ԴՅ ԸՆԴՈՒՄ ԶՈՐԱՅ :: ՄԻԵՐՈՐ

http://www.prairieprophet.com/author/robert-grace/



Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTA TRANSITAVA POR UMA DETERMINADA RUA DO BARRIO NOVA GLÓRIA QUANDO FOI DESVIAR DE UMA OUTRA PESSOA QUE TRANSITAVA PELA CONTRA-MÃO DA VIA, POR CONTA DA MANOEIRA BRUSCA, A VÍTIMA VEO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR NO CHÃO, SOFRENDO LESÕES NA ALTURA DO PÉ ESQUERDO. A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL LOCAL. POR FIM, DECLINOU QUE NÃO SABE IDENTIFICAR A CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO. NADA MAIS DISSER.

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

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Nathan José de Oliveira Medeiros* - Matrícula: 229.091.0

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE GLÓRIA DE NOVA
8ª CIRCUNSCRIÇÃO



Ano Faturamento: 2016/2016

Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTA TRANSAÇÃO POR UMA DETERMINADA RUA DO BAIRRO NOVA GLÓRIA QUANDO FOI
DESAFAR DE UMA PESSOA QUE TRANSAVA PELA CONTRA-ALTA DA VIA POR CONTA DA MANOBRAS
BRUSCA, A VÍTIMA VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR NO CHÃO, SOFRENDO LESÕES NA
ALTIMA DO SE ESQUERDO. A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL LOCAL POR FIM DECLINOU QUE NÃO
SABE IDENTIFICAR A CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO. NADA MAIS DISSER.

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

CLÉCIA BARBOSA DE LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: NATHAN JOSE DE OLIVEIRA MEDEIROS - MATRÔNIA: 523084-0





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO MUNICÍPIO DE FEIRA NOVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Bel. NICODEMOS FERREIRA DE BARROS - Oficial
COSMA MARIA DE SANTANA - Substituta

NASCIMENTO N.º

CERTIFICO que no livro número 10 de Registro de Nascimento, deste Cartório de folhas 75 sob o número 100000 foi lavrado hoje o Registro de

nascido no dia 20 de Maio de 1982 às 10 horas em Feira Nova

do sexo masculino filho de Antônio José de Barros e Antônia Maria de Santana

seus pais, ambos casados, residentes em Feira Nova

Estado de Pernambuco, inscritos no R.C. nº 100000

seus avós paternos Antônio José de Barros e Antônia Maria de Santana

e maternos Antônio José de Barros e Antônia Maria de Santana

Foi declarante Antônio José de Barros

Testemunhas Antônio José de Barros e Antônia Maria de Santana

Observações:

O referido é verdade e dou-lo

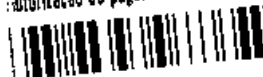
Feira Nova, 20 de Maio de 1982





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Anteriormente denominado formulário de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒

2 - Nº do distrito ou ASL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

070.949.814.23

Helene Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Helene Barbosa de Lima

6 - CPF: 070.949.814.23

7 - Profissão: Vigilante

8 - Endereço: Rua José Maurício de Azevedo

9 - Número: 16

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Vila da Caixa

12 - Cidade: Glória do Góia

13 - Estado: GO

14 - CEP: 55620.000

15 - E-mail: 86467713@gmail.com

16 - Tel (DDD): 81.993359319

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\$1.000,00 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/FUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos citados. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Outros Bancos (002)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3536

CONTA: 14778

2

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 por invalidez permanente, uma vez que (insinuar 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 assinado, solicito o preenchimento 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçada

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

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 parentes?

☐ 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 roça/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roça/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roça/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Glória do Góia, 12.08.19

X Helene Barbosa de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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: 3190492328 3 - CPF da vítima: 070.949.89423 4 - Nome completo da vítima: Clécio Barbosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: Clécio Barbosa de Lima 6 - CPF: 070.949.89423
7 - Profissão: Físico de 6ª 8 - Endereço: Rua Mouricão da Rocha 16 Casa
9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila da Caixa 12 - Cidade: Glória do Gite 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620-120
15 - E-mail: silvamarcos064@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 81-93359319

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, 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: 3536 013 CONTA: 14778 2 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 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 a 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 noscuro (ou noscra)? ☐ 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 de vítima ou beneficiário não alfabetizado
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:
39 - 2ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Glória do Gite 30.08.19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



1 - Nº do registro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

070.949.814.23

4 - Nome completo da vítima:

Helene Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo:

Helene Barbosa de Lima

6 - CPF:

070.949.814.23

7 - Profissão:

Vigilante

8 - Endereço:

Rua José Maurício da Rocha

9 - Número:

16

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Vila da Caixa

12 - Cidade:

Gloria do Grito

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55620.000

15 - E-mail:

86467713@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

81.993359319

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\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00☐ R\$2.501,00 ATE 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 POLIPANCA (Comente 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:

3536013

CONTA:

14778

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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no civil)☐ Divorçado☐ 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 no parto?

☐ 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 LIDER pagará, caso ocorra, 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Gloria do Grito - 12.08.19

X Helene Barbosa de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



**Lauda 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: 3190641657
Nome do(a) Examinado(a): Clecia Barbosa de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Jose Mauricio da Rocha, 16
VI da Caixa Gloria do Goita PE CEP: 55620-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5621703
Data local do acidente: [16/08/2018]
Data local do exame: [09/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO COM LESAO LIGAMENTAR
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (LIMITADA EM APROX 15 GRAUS)
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO.
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 o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: (X) 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 | 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190641657

Vítima: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLECIA BARBOSA DE LIMA

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\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: CLECIA BARBOSA DE LIMA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000003536

Conta: 0000014778-2

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

Pag. 00173/00174 - carta_15R - INVALIDEZ

00030087

