

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: 06/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TATIANE DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000017285-1

Nr. da Autenticação 7B5F8638A3F730B4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079226 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TATIANE DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PAG 16,17) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

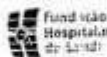
**Documentos
complementares:**

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Polstênio Medeiros

A fim de atestar de saúde
Souber, Souber Furtado Gomes
da Polstênio de em 13/04/2019,
ferimento de o tratamento
cirúrgico - exame of área
de torn, sem sinais

CID: S82.0

16/04/19

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana

Dr. Carlos Mendes Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4783 - R. 07 5516

Selo TJSE: 201 9 29563 009066

Acesse: www.tjse.jus.br/XI/3YZj6P

CERTIDÃO

Certifico haver conferido a autenticidade
da cópia "IPSIS LITTERIS" com o original
Cartório do 1º Ofício de Notas Protestos e Títulos
da Comarca de Poco Redondo-SE.

02 de Dezembro de 2019

Bel. Marco Aurélio Modesto Maron

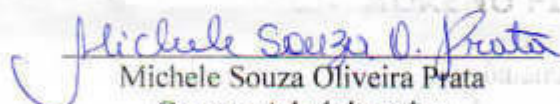
Notário Público

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 30 de Setembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que consta em nossos arquivos registro de atendimento médico prestado ao Sr. Tatiane da Silva Santos, Portador do RG 32417152, residente no Povoado Alto Bonito, Bairro – Zona Rural, Poço Redondo/Se, no dia 13/07/2019 às 14h58min no setor de sutura, vítima de Acidente motociclístico.



Michele Souza Oliveira Prata
Gerente Administrativo
Hospital Regional de Itabaiana



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Médico

permanência ok

Biqueta ok

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Tatiane de Silva Santos

Enfermeiro

caimbo

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7001010611610781006

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/07/90

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 13

11 - NOME DA MÃE

maria dos Prazeres Bezerra dos Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Sebastião Fernandes da Silva

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Alto Bonito

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

poço Redondo - SE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

SE 49510-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

A vítima Acidente qtd, com ferimento
Orelha no joelho, a ler orelha

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Manuseio do elástico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames Clínicos e Rb

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Epitróclea D 5820

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050527

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS ☒ CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38354128504

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. José Carlos Nunes

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/07/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. José Carlos Nunes

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81910154284-0

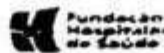
() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

81910154284-0

Maria Alice Lins
CRM 1522
Médica



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

Roberto da Silva Junior

Diagnóstico Pré-operatório:

Lesão do pé direito

Cirurgia realizada:

Tratamento cirúrgico

Cirurgião:

Dr. Cleonir A. A.

Auxiliares:

Beltrami

Anestesiologista:

Carla Kleber

Anestesia:

Local

Diag. Pós-operatório:

6

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) PH. DPH dos pés
- 2) Limpeza e desinfecção do ferimento
- 3) Anestesia + Anticoagulante
- 4) Colocar curativo sobre
- 5) Remoção de fragmentos do polo superior
médico do pé direito + Sutura Quilomera
- 6) Sutura por planos
- 7) Curativo
- 8) De curativo

Data:

13/04/19

Assinatura do cirurgião:

Dr. Cleonir A. A.
Ortopedia e Traumatologia

FICHA DE ANESTESIA

NOME: TATIANE DE SILVA SANTOS Nº PRONTUÁRIO: _____
 CONVÊNIO: _____ DATA 13/09/19 SEXO F COR _____ IDADE 294 PÊSO _____
 NATURAL _____ EST. CIVIL _____ SANGUE _____
 SETOR MÉDICO _____ AMBULATÓRIO _____ APTº _____ E. FÍSICO(ASA) PIC
 DIAG PRE-OP _____
 CIRURGIA PROPOSTA _____
 DIAG POS-OP FRATURA JOELHO
 CIRURDIA REALIZADA PRO GINECO
 PRÉ-ANESTÉSICO Midazolam 5mg HORA 14h30 EFEITO Satisfatório
 CIRURGIÃO CLAYTON 1º AUXILIAR _____
 2º AUXILIAR _____ INSTRUMENTADOR _____
 AGENTE HORA 1230

163

CARDIOSCOPIO
OXIMETRO
CAPNOGRAFO

LÍQUIDOS

51802

160
140
120
100
80
60
40
20

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO

ANOTAÇÕES

PAULIANISTAS SOB
EDUCAÇÃO DEBILITADA E FÍSICA
SANTO ANTONIO 276
SANTO ANTONIO 3 + CLARA
SANTO ANTONIO 3A PERDO
SANTO ANTONIO 3 + DEXAME
SANTO ANTONIO 3 + UNIVIS
SANTO ANTONIO 3 + UNIVIS

DROGAS/MATERIAL	CONC.	QUANT.	ANESTESIA					
1. LUBRIFICANTE		20ml	Sem-Reinjeção	Aberto	Semi-fechado	Círculo	Vai e Vem	S/C Absorção
2. LUBRIFICANTE		20ml						
3. LUBRIFICANTE		20ml						
4. LUBRIFICANTE		20ml						
5. LUBRIFICANTE		20ml						
6. LUBRIFICANTE		20ml						
7. LUBRIFICANTE		20ml						
8. LUBRIFICANTE		20ml						
9. LUBRIFICANTE		20ml						
10. LUBRIFICANTE		20ml						
11. LUBRIFICANTE		20ml						
12. LUBRIFICANTE		20ml						
13. LUBRIFICANTE		20ml						
14. LUBRIFICANTE		20ml						
15. LUBRIFICANTE		20ml						
16. LUBRIFICANTE		20ml						
17. LUBRIFICANTE		20ml						
18. LUBRIFICANTE		20ml						
19. LUBRIFICANTE		20ml						
20. LUBRIFICANTE		20ml						
21. LUBRIFICANTE		20ml						
22. LUBRIFICANTE		20ml						
23. LUBRIFICANTE		20ml						
24. LUBRIFICANTE		20ml						
25. LUBRIFICANTE		20ml						
26. LUBRIFICANTE		20ml						
27. LUBRIFICANTE		20ml						
28. LUBRIFICANTE		20ml						
29. LUBRIFICANTE		20ml						
30. LUBRIFICANTE		20ml						
31. LUBRIFICANTE		20ml						
32. LUBRIFICANTE		20ml						
33. LUBRIFICANTE		20ml						
34. LUBRIFICANTE		20ml						
35. LUBRIFICANTE		20ml						
36. LUBRIFICANTE		20ml						
37. LUBRIFICANTE		20ml						
38. LUBRIFICANTE		20ml						
39. LUBRIFICANTE		20ml						
40. LUBRIFICANTE		20ml						
41. LUBRIFICANTE		20ml						
42. LUBRIFICANTE		20ml						
43. LUBRIFICANTE		20ml						
44. LUBRIFICANTE		20ml						
45. LUBRIFICANTE		20ml						
46. LUBRIFICANTE		20ml						
47. LUBRIFICANTE		20ml						
48. LUBRIFICANTE		20ml						
49. LUBRIFICANTE		20ml						
50. LUBRIFICANTE		20ml						
51. LUBRIFICANTE		20ml						
52. LUBRIFICANTE		20ml						
53. LUBRIFICANTE		20ml						
54. LUBRIFICANTE		20ml						
55. LUBRIFICANTE		20ml						
56. LUBRIFICANTE		20ml						
57. LUBRIFICANTE		20ml						
58. LUBRIFICANTE		20ml						
59. LUBRIFICANTE		20ml						
60. LUBRIFICANTE		20ml						
61. LUBRIFICANTE		20ml						
62. LUBRIFICANTE		20ml						

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Anestesiologia e Dor
CRM 3278

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 26816

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: TATIANE DA SILVA SANTOS

Documento.....: 32417152 Tipo:

Nascimento....: 13/07/1990

Estado Civil.:

Idade.....: 29 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: SEBSTIAO FERNANDES DA SILVA

Nome da Mae...: MARIA DOS PRAZERES BISPO DOS S

Endereco.....: ALTO BONITO, CASA CEP: 49510.000

Telefone.....: 0000

Bairro.....: ZR

Municipio.....: 2805406 - POCO REDONDO - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 13/07/2019



CPF: 000.000.000-00 32.81.71-2 22/11/2014 20/04/2014

TRABALHO EM SILVA SANTOS

SEBASTIAO FERNANDES DA SILVA
RUA DOS PROLETARIOS 8150 LOS SANTOS

CONTINUA DE SAO FRANCISCO-CE

15/07/1990

CT. NECTH. NR 22.086 LV 4 II PL 36

CART DIST FEIRO ALEXANDRE DA R. ALEXANDRE/BA
009.728.427-12

15/07/2014 15/07/2014

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Tatiane da Silva Santos
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Domadora, portador da cédula
de identidade RG nº 3.241.715-2, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 049.728.425-12, residente na (endereço
completo) Assentamento Alto Bomito nº 140, na cidade de
Poco Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos De O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 030.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Das Silas nº 817, na cidade de
Paraíso da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) Tatiane da Silva Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Poco Redondo, SE, 19/12/2019

(assinatura) Tatiane da Silva Santos

(RG) 3.241.715-2

Selo TJSE: 201 <u>9</u> 29563 <u>007495</u>
Acesse: www.tjse.jus.br/X/6P4FFB
Reconheço como verdadeira esta(s) firma(s) de <u>Tatiane da Silva Santos</u>
em testemunho da verdade.
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE <u>19/12/2019</u>
Bel. Marco Aurélio Modesto Maron Notário Titular

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079226

Vítima: TATIANE DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TATIANE DA SILVA SANTOS

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: TATIANE DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003893

Conta: 0000017285-1

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





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 095382/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/09/2019 09:26 Data/Hora Fim: 11/09/2019 10:10
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Canindé de São Francisco

Data/Hora do Fato: 13/07/2019 10:40

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Bairro: Assentamento

Logradouro: Rodovia estadual Rota do Sertão

Complemento: proximo ao motel

CEP: 49.820-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SEBASTIAO FERNANDES DA SILVA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Monte Alegre de

Sexo: Masculino

Nasc: 29/12/1955

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Tercilia Pastora da Silva

Nome do Pai: Fernando Pedro da Silva

Endereço

Município: Canindé de São Francisco - SE

Logradouro: AGROVILA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

CEP: 49.820-000

Telefone: (79) 9995-0239 (Recado)

Nome Civil: TATIANE DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Monte Alegre de

Sexo: Feminino

Nasc: 13/07/1990

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria dos Prazeres Bispo dos Santos

Nome do Pai: Sebastiao Fernandes da Silva

Endereço

Município: Canindé de São Francisco - SE

Logradouro: assentamento jacare curituba

Complemento: Quatro casas

CEP: 49.820-000

Telefone: (79) 9976-5134 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Selo TJSE: 201 9 29563 009064

Acesse: www.tjse.jus.br/X/XEG/MY

CERTIDÃO

Certifico haver conferido a autenticidade da cópia "IPSIS LITTERIS" com o original Cartório do 1º Ofício de Notas Protestos e Títulos da Comarca de Poço Redondo-SE.
02 de Setembro de 2019

Bel. Marco André Modesto Maron

Notário Público

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana

Impresso por: Cleber Martins da Silva

Data de Impressão: 11/09/2019 10:11

Protocolo nº: Não disponível

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 095382/2019

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição PAS/MOTOCICLETA

Placa DER8272

Número do Chassi 9C2JC41105R114885

Cor VERMELHA

Município Veículo Canindé de São Francisco

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 074.481.356-70

Renavam 599733640

Ano/Modelo Fabricação 2013/2014

UF Veículo Sergipe

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Sebastião Fernandes da Silva

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

REI ATA o noticiante que na data acima citada, guiava pela Rodovia Rota do Sertão uma motocicleta pertencente ao seu filho, ADELVAN DOS SANTOS SILVA, e conduzindo na garupa a sua filha TATHIANE DA SILVA SANTOS, quando próximo ao motel que fica nas proximidades da cidade de Canindé de São Francisco, foram abalroados por um veículo não identificado que se desviou de um buraco existente na pista; QUE os dois foram arremessados para fora da pista sofrendo ferimentos graves, sendo socorridos por duas unidades da SAMU, sendo que, uma delas o conduziu ao HUSE ARACAJU com fraturas na perna direita, já a sua filha foi encaminhada em outra viatura da SAMU ao Hospital Regional da cidade de Itabaiana com fraturas no joelho da perna direita. QUE o condutor do veículo causador do acidente abandonou o local sem ser identificado. E o relato.

ASSINATURAS

João Cleber Martins da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 4712882

Delegado de Polícia

Sebastião Fernandes da Silva

(Comunicante / Vítima)

Selo TJSE: 201 9 29563 009 064

Acesse: www.tjse.jus.br/x/xEGYMY

CERTIDÃO

Certifico haver conferido a autenticidade da cópia "IPSIS LITTERIS" com o original

Cartório do 1º Ofício de Notas, Protestos e Títulos

da Comarca de Poço Redondo-SE

de 02 de Dezembro de 2019

Bel. Marco Aurélio Modesto Maron

Notário Público

Delegado de Polícia Civil: Fábio Santos Santana

Impresso por: Cleber Martins da Silva

Data de Impressão: 11/09/2019 10:11

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.728.425-12 4 - Nome completo da vítima: Tatiane Da Silva Santos

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

5 - Nome completo: Tatiane Da Silva Santos 6 - CPF: 049.728.425-12
7 - Profissão: Laradeira 8 - Endereço: R. Alta Barreto 9 - Número: S/N 10 - Complemento: 2050-
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Paco Rondonio 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.810-000
15 - E-mail: marcondulena@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 49.9918-9207

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: 3893 CONTA: 17285 1

(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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:

Tatiane da Silva Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)