



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202086000750	Distribuição: 09/06/2020
Número Único: 0000743-59.2020.8.25.0059	Competência: Poço Redondo
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: TATIANE DA SILVA SANTOS

Endereço: ASSENTAMENTO ALTO BONITO

Complemento: TABULEIRINHO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202086000750

DATA:

07/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSYTIAN SILVA MENEDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200806153803281 às 15:38 em 06/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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

Roberto Pedro

A Sr. Tatiane de Souza
Souza, Sofreu Fratura bacia
da pelve em 13/07/2019,
fez tratamento
cirúrgico - sendo aficada
de tornozelo, sem sequelas

CID: S82.0

16/07/19

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana - MS
Ortopedia - Traumatologia
Dr. Cláudio Roberto Mota
CRM 17912 - RPP 10230
CNPJ 4783 - TEL 5516

Selo TISE: 201 9 29563 009066

Acesso: 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 Poço Redondo-SE.

02 de Dezembro de 2019

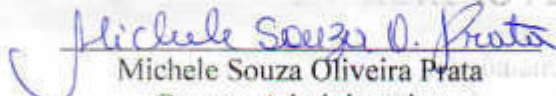
Bel. Marco Aurélio Modesto Maron
Notário Público

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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

* Enfermeiro
caimbo
* Tec. Enfermagem
ok
000
000
79

Tatiane de Silva Santos
7001010611610781006
13/07/90
Masc. Fem.
Márcia dos Prazeres Bezerra dos Santos
Sebastião Fernandes da Silva
Alto Bonito
Poco Redondo - SE
5E 49510-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Atum Acidente qto, com ferimento
Orelha no joelho, a few oras
Mandibular
Exames: Chaveiro o bbl
Fratura qto patela D S820

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Tratament emerg
Ortop
urg
Dr. José
13/07/19
Dr. José
Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

81910154284-0

Maria Alice
CRM 1122
Médica



Fundação Hospitalar de Saúde

Ficha de Ato Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente: Tatiane da Silva Sousa

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura do pé direito (Polegada D)

Cirurgia realizada: Tratamento cirúrgico

Cirurgião: Jri Alencar M.A.

Auxiliares: Batoni

Anestesiologista: Carla Kleber

Anestesia: Coferi

Diag. Pós-operatório: 6

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

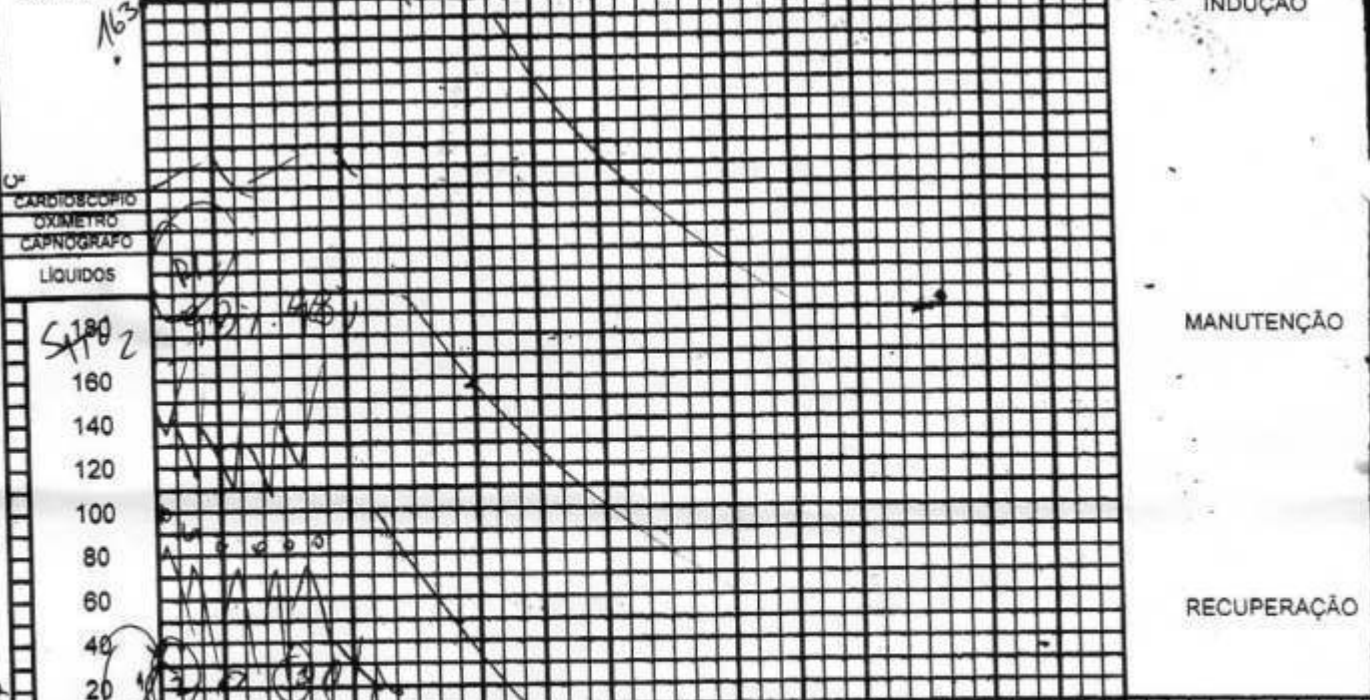
- 1) PH. DDH do pé direito
- 2) Não pode levantar do fecho
- 3) Anest. + Ant. est.
- 4) Colocar curativo sobre
- 5) Remover de fratura do polo superior
usando de talas + sutura Quilcrist
- 6) Sutura no pé direito
- 7) Curativo
- 8) B. curativo

Data: 13.04.19

Assinatura do cirurgião: José Alcides Ramos Mota
Ortopedia - Traumatologia

FICHA DE ANESTESIA

NOME: TATIANE DA SILVA SANTOS Nº PRONTUÁRIO: _____
 CONVÊNIO: _____ DATA 13/07/19 SEXO F COR _____ IDADE 27 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 TTO CIRURGICO
 PRÉ-ANESTÉSICO MIDAZOLAM 5mg HORA 14:30 EFEITO Satisfator
 CIRURGIÃO CLEANES 1º AUXILIAR _____
 2º AUXILIAR _____ INSTRUMENTADOR _____
 AGENTE HORA 1230



ANOTAÇÕES

1. RAUWANKISTEM SOB
 TÉCNICA ASSÉPTICA E FORTES
 SÉPTICAS SEM INTERFERÊNCIA
 DURANTE 27 G
 2. C/ CATETER 3 + GLANDA
 POTANT BOM C/ PÉDRO
 DE C/ C/ 3 + DEXAME
 3. ANESTESIA
 4. 1. 300 - 3 + 100 - 2

DRUGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT.	ANESTESIA				RAUWANKISTEM			
BUPI PIZADA		20ml	Sem-Reinlação	Aberto	Semi-fechado	Círculo	Vai e Vem	S/C	Absorção	
LIQUIMANT 501		20ml								
MIDAZOLAM 5mg		20ml	C/roscquel - Nasocroscquel - Sonda				Respiração:	Esport.	Auxil.	Contra - Mec - M
LETAROTIL		20ml								
CONTINUMINE		20ml	Entub.			S/C	Lesão		Aparelho	
DELANETRO 100		100ml	Posição	E	Local Punção	3-14	Simples	C/Cateter	Liquor	(40)
DIVINOL		20ml	Pos. Apõe		Pos. Op		Duração de Op.		Duração de Anest.	
UNASCENTIM		20ml	Cond. Final		Resultado	B.R.	M.	Reflexos:	Acordado - Sono - Adormecido	
			Líquidos:		Sangue:			Anestésico:		

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

Raquel O. de Santana
 Anestesiologia e Dor
 CRM 3278

APRESENTANTE DE RAUWANKISTEM P/ (C/ C/ 300) SEM INTERFERÊNCIA COM
 P/ (C/ C/ 300) SEM INTERFERÊNCIA COM

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
Município....: 2805406 - POCO REDONDO - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: SERGIPE
Cadastramento: 13/07/2019





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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Tatiane da Silva Santos
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Desempregada, 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 Bonito nº 140, na cidade de
Poco Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos De O. Pass
(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
Passo Sembrado da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplos 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 9 29563 00 7495
Acesse: www.tjse.jus.br/X/6P41FB
Reconheço como verdadeira esta(s) firma(s) de Tatiane da Silva Santos
em testemunho da verdade.
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE 19/12/2019
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





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 CEP:49.820-000
 Complemento: proximo ao motel
 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 CEP: 49.820-000
 Complemento: Quatro casas
 Telefone: (79) 9976-5134 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira



Selo TJSE: 201 9 29563 009064
 Acesso: www.tjse.jus.br/X/XEG/ny
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 Antônio Modesto Maron
 Página 1 de 2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 095382/2019

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 074.481.356-70
Placa DER8272	Rengvam 599733640
Número do Chassi 9C2JC41105R114885	Ano/Modelo Fabricação 2013/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Canindé de São Francisco	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Sebastiao 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 TATHANE 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. É o relato.

ASSINATURAS

[Handwritten Signature]
José Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 2712882
Delegado de Polícia pelo Atribuído

[Handwritten Signature]
Sebastião Fernandes da Silva
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins do direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração em seu nome, conforme previsto nos Artigos 328-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa ao Crime de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 049.728.425-12 4 - Nome completo da vítima: Letitiane 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: Letitiane Da Silva Santos 6 - CPF: 049.728.425-12
 7 - Profissão: lançadora 8 - Endereço: Rua Alta Barreto 9 - Número: SIN 10 - Complemento: caso
 11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Paco Pedreira 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.810-000
 15 - E-mail: marceaduflexia@gmail.com 15 - 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3893 CONTA: 17285 1

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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: _____

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)