

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190525087**

**Vítima: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES**

**Data do Acidente: 23/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANA ANGELICA ALVES DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES**

Em razão da falta de apresentação do(a) relatório médico de alta relatando o tratamento realizado, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525087

Vítima: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA ANGELICA ALVES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003201-8

Conta: 00000153390-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 042.954.244-55 4 - Nome completo da vítima: Maria Loueiman da Silva Lopes

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

5 - Nome completo: Maria Loueiman da Silva Lopes 6 - CPF: 042.954.244-55  
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Av. São José Bom Esperança 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Amaraji 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55515-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 0820 9258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3201 8 CONTA: 153390 8 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 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) ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a 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, Amaraji 06/08/19  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Loueiman da Silva Lopes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
 EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM.054044  
 MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES 15:39 HRS  
 AGENCIA 3201 CONTA 0153390-8 18/MAI/2019

DISPONIVEL  
 \* TOTAL DISPONIVEL ..... 5,07  
 + CONTA POUPANCA FACIL ..... 5,07  
 SD DEPOS ATE 3/5/12 ..... 0,65  
 SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 ..... 4,42  
 TOTAL DE RECURSOS ..... 5,07

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS  
 NOVA POUPANCA - DEPOSITOS ATE 3/5/12  
 DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
 ANIVERSARIO 18/05/2019  
 26 0,65 0,00  
 TOTAL ..... 0,00

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS  
 NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12  
 DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
 ANIVERSARIO 18/05/2019  
 04 4,42 0,02  
 07 0,00 0,00  
 TOTAL ..... 0,02

EXTRATO CONSOLIDADO  
 -----MARCO/2019-----  
 DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR  
 06 SALDO ANTERIOR ..... 5,03  
 -----ABRIL/2019-----  
 04 RENDIMENTOS 0403715 0,02  
 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12  
 S A L D O ..... 5,05  
 -----MAIO/2019-----  
 06 RENDIMENTOS 0403715 0,02  
 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12  
 S A L D O ..... 5,07  
 07 DEP OUTR AG MIS 1103202 200,00  
 O PROPRIO FAVORECIDO  
 S A L D O ..... 205,07  
 08 SAQUE CARTAO CB 1116092 200,00  
 ESPECIE  
 SALDO TOTAL ..... 5,07

Demonstrativo para simples conferencia.  
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
 Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
 SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.  
 Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.  
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
 Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
 A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF  
 esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



Bradesco

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



5090 9104 0422 3109

04/21 3201 8 0153390 8 01 00

VALID DATE AGENCY DIG CONT DIG VA BPO

MARIA LUCIMAR DA SILVA LOP

elo



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAÍ -  
DP66ªCIRC DINTER1/12ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0156000281**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/06/2019 às  
12:20

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 23/3/2019 às 21:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AMARAÍ, 1, ESTRADA DE  
CAMARÕES QUE LIGA ESTA CIDADE A CHÃ GRANDE, ZONA RURAL -  
Bairro: ZONA RURAL - AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS (OUTRO)  
MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS



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

**MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
GENI JOSÉ DA SILVA Pai: JOSÉ LUCIANO LOPES Data de Nascimento: 20/11/1978  
Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
5006320/SDS/PE (RG), 04285424455 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU  
INCOMPLETO Profissão: DO LAR  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAÍ, 5, RUA JOÃO ALEXANDRE, CENTRO - CEP:  
55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: ERIVALDO MANOEL DOS SANTOS Data  
de Nascimento: 20/2/1991 Naturalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
2628330/SDS/PE (RG), 03497691424 (CPF), 08346026675 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)**

17/06/2019 12:11

Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE AMARAJI, 91, RUA DO VENTO, BAIRRO ALTO DO CRUZEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 180 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGR7464** (PERNAMBUCO/AMARAJI) Renavam: **597622663** Chassi: **9C2KC1680BR461541**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

**DECLARA A VITIMA QUE VINHA DE CARONA NA MOTO PILOTADA POR JOSE QUE NO ENDEREÇO CITADO UM CACHORRO ATRAVESSOU DERREPENTE NA FRENTE DA MOTO E ESTAVA CHOVENDO FRACO E PARA DESVIAR DO ANIMAL O PILOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E OS DOIS VIERAM A CAIR COM O PILOTO NADA SOFRENDO E A VITIMA TENDO FRATURA EXPOSTA NO COTOVELO ESQUERDO SENDO SOCORRIDA PELO PRÓPRIO PILOTO DA MOTO ATÉ O HOSPITAL LOCAL ONDE FOI TRATADA E MEDICADA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.**

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

*Maria Lucimar da Silva Lopes*  
**MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES**  
(VITIMA)

**JOSÉ GERDISSON MAGNO DOS SANTOS**  
(OUTRO)

*José Gerdisson Magno dos Santos*  
B.O. registrado por: **EDILSON SANTANA DA SILVA** - Matrícula: **228917-9**



# 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: 042.954.244-55 4 - Nome completo da vítima: Maria Loueiman da Silva Lopes

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

5 - Nome completo: Maria Loueiman da Silva Lopes 6 - CPF: 042.954.244-55  
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Av. São José Bom Esperança 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Amaraji 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55515-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 0820 9258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3201 8 CONTA: 153390 8 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 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) ☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a 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, Amaraji 06/08/19  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Loueiman da Silva Lopes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
 EXTRATO CONTA POUPANCA FACIL TERM.054044  
 MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES 15:39 HRS  
 AGENCIA 3201 CONTA 0153390-8 18/MAI/2019

DISPONIVEL  
 \* TOTAL DISPONIVEL ..... 5,07  
 + CONTA POUPANCA FACIL ..... 5,07  
 SD DEPOS ATE 3/5/12 ..... 0,65  
 SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 ..... 4,42  
 TOTAL DE RECURSOS ..... 5,07

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS  
 NOVA POUPANCA - DEPOSITOS ATE 3/5/12  
 DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
 ANIVERSARIO 18/05/2019  
 26 0,65 0,00  
 TOTAL ..... 0,00

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS  
 NOVA POUPANCA - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12  
 DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
 ANIVERSARIO 18/05/2019  
 04 4,42 0,02  
 07 0,00 0,00  
 TOTAL ..... 0,02

EXTRATO CONSOLIDADO  
 -----MARCO/2019-----  
 DIA HISTORICO N.DOCT VALOR  
 06 SALDO ANTERIOR ..... 5,03  
 -----ABRIL/2019-----  
 04 RENDIMENTOS 0403715 0,02  
 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12  
 S A L D O ..... 5,05  
 -----MAIO/2019-----  
 06 RENDIMENTOS 0403715 0,02  
 Poup Facil-Depos A Partir 4/5/12  
 S A L D O ..... 5,07  
 07 DEP OUTR AG MIS 1103202 200,00  
 O PROPRIO FAVORECIDO  
 S A L D O ..... 205,07  
 08 SAQUE CARTAO CB 1116092 200,00  
 ESPECIE  
 SALDO TOTAL ..... 5,07

Demonstrativo para simples conferencia.  
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
 Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
 SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.  
 Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.  
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
 Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
 A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF  
 esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



Bradesco

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



5090 9104 0422 3109

04/21 3201 8 0153390 8 01 00

VALID DATE AGENCY DIG CONT DIG VA BPO

MARIA LUCIMAR DA SILVA LOP

elo



**AMARAJI**  
PREFEITURA MUNICIPAL

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 23/03/19 Nº 343.062

NOME: Maria Luíza de S. Loo PESO: \_\_\_\_\_ SEXO: F IDADE: 40

D.N.: 30-11-78 MÃE: Yeni

END.: R/IS Glorinda Nº \_\_\_\_\_ BAIRRO: Cent

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ CIDADE: Amaraji NACIONALIDADE: Br.

RESPONSÁVEL: 10 mbr RG Nº \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

ACIDENTE / HORA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HORA DO ATEND.: 11:11

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S( ) N( )

Queixa de náuseas e vômitos  
Glasgow 15, Reflexos do seu abd. (+)

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

1) Cetorolol 100mg IM  
11:45

COMPRO  
10-SET 2013  
PROTOCOLO

TÉCNICO DE ENF.: Joselma Maria dos Santos  
Coren-PE 1190704-TE

ENFERMEIRO (A) \_\_\_\_\_

ASSISTENTE MÉDICA

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

BANCO:        237

AGÊNCIA:    03201-8

CONTA:        000000153390-8

---

---

Nr. Autenticação

BRABESCO091020190500000000002370320100000015339084375    PAGO



**PROTOCOLLO**  
L. 10/11/1978, REG. 10/11/1978

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO,

RG nº 5.294.587, data de expedição 08/04/2013,

Órgão SDS, portador do CPF nº 904.782.404-06, com

domicílio na cidade de Amaraji, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua do Vento, nº 91,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima Maria Loureina da Silva Lopes cujo o condutor era

João Gerdisson Magre dos Santos.

Veículo: moto.

Modelo: Honda CG 150 FAN

Ano: 2013/2014

Placa: PG R 7464

Chassi: 9C2KCA680ER461541.

Data do Acidente: 23/03/2019.

Local e Data: Amaraji 26/07/2019



Cleide Maria do Nascimento  
Assinatura do Declarante

João Gerdisson Magre dos Santos  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro )



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE AMARAJI - PE  
Rua Treze de Maio, 13 - Centro - CEP: 55015-000 - Fone: (81) 3553-1702  
Tabela e Registros: Heloisa Rodrigues Dourado



Reconheço por AUTENTICIDADE: 1 firma(s) de:

(1) CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO

Dou fe

Amaraji-PE, sexta-feira, 26 de julho de 2019 - 15:16h

Em Testemunho: Fabiola Francelino Segundo da verdade

FABIOLA FRANCELINO SEGUNDO - ESCRIVENTE AUTORIZADA

Selo(s): 0074740 XAU07201901.00241

Total: 4.89

Serventia Registral e Notarial  
Amaraji-PE  
Fabiola Francelino Segundo  
Escrivente Autorizada





PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI

SÉCRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS  
ATESTADO MÉDICO

**AMARAJI**  
PREFEITURA MUNICIPAL

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR (A)

2606 mar 20 2009  
20807

IDENT DU REGISTRE

SCIENT. ON REQUEST

FOI ATENDIDÓ(A)

CLÍNICA OU SERVIÇO

00

HOSPITAL - AMBULATORY

NO DIA 26/03/19 ÀS HORAS, NECESSITANDO DE 02

POLESTAR

01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556575859606162636465666768697071727374757677787980818283848586878889909192939495969798991001011021031041051061071081091101111121131141151161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000100110021003100410051006100710081009101010111012101310141015101610171018101910201021102210231024102510261027102810291030103110321033103410351036103710381039104010411042104310441045104610471048104910501051105210531054105510561057105810591060106110621063106410651066106710681069107010711072107310741075107610771078107910801081108210831084108510861087108810891090109110921093109410951096109710981099110011011102110311041105110611071108110911101111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300

DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA. 2002, 1 e 2 de 1992

CIC

AMARAJI 24 DE 03 DE 99

CRM 3957

Martha C. Anderson  
NEPRO - UTT - MI

( ASSINATURA DO MÉDICO/ODONTOLÓGICO )  
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/PRO)





**CLÍNICA CENTER**

**Medicina para todos**

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Maria Lucimar

de Silva Gomes

foi atendido(a) nesta unidade de saúde necessitando de 15

quinze ) dias de afastamento das suas atividades profissionais,

ou escolares, a partir desta data, que por motivo da doença

— ( Cid. S.52.5 ).

Nota Este atestado é válido para as finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto no. 60.501 e 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Recife, 18 de abril de 2019

Dr. Lauro Calabria

Ortopedia

CRM - 8953



CLÍNICA CENTER

Medicina para todos

## RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO MÉDICA

Paciente Francine Lucimar de Silva Borges  
refere acidente com queda de rosto em  
23/03/19, cursando com Síndrome de Cabeça  
do Rádix E e encoraja-se em tratamentos  
conservadores, ainda com dor e limitação  
funcional do MSE. CID-SSZ.1

Recife, 09 de maio de 2019

Dr. Lauro Calabria  
Ortopedia  
CRM - 8953



**AMARAJI**  
PREFEITURA MUNICIPAL



## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS**

#### **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que no dia 23/03/2019, deu entrada nesta unidade de saúde a senhora Maria Lucimar da Silva Lopes, onde foi medicada em seguida tendo alta hospitalar. De que eu Amaro Fernando de Andrade Júnior declaro a seguinte declaração em 07/05/2019, conforme Boletins de Emergência de nº 173.062 em anexo.

Atenciosamente,

Amaro Fernando de Andrade Junior

Diretor Administrativo

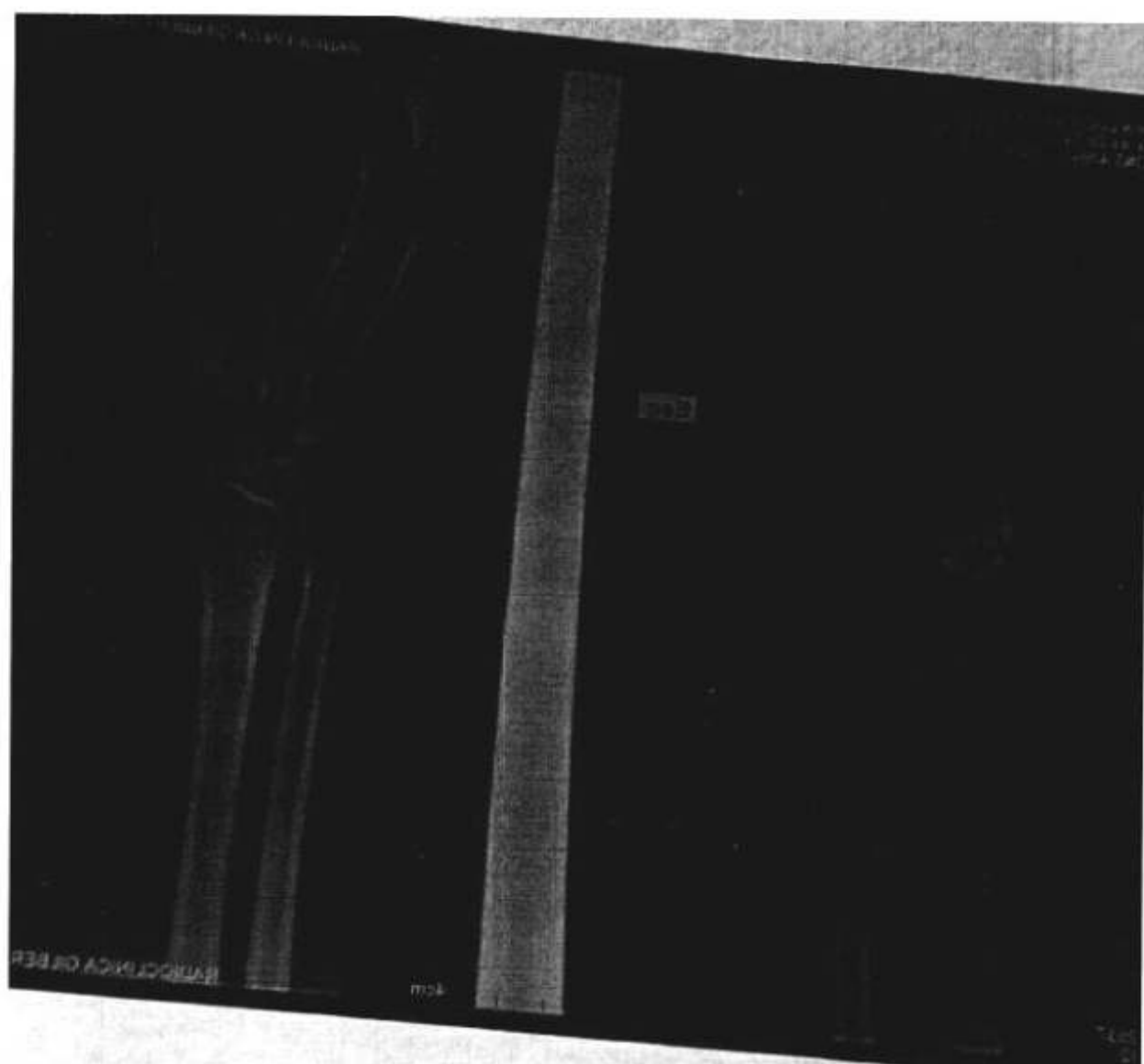
Hospital M. Alice Batista dos Anjos  
Amaro Fernando de Andrade Junior  
Diretor Administrativo  
Port. 36 / 2018

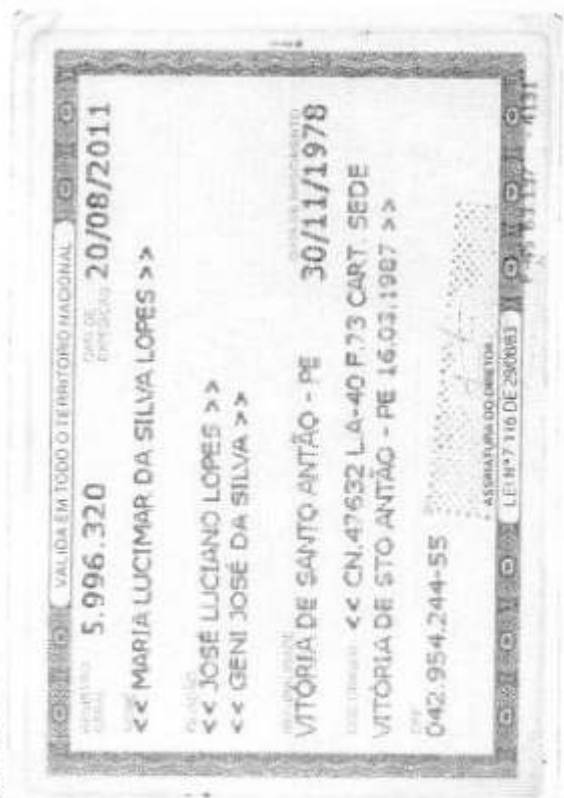


COMPREV  
CONTROLE VIGIL E PREVIDÊNCIA SIA  
02 OUT 2019  
**PROTOCOLO**  
AGENCIA RECIFE

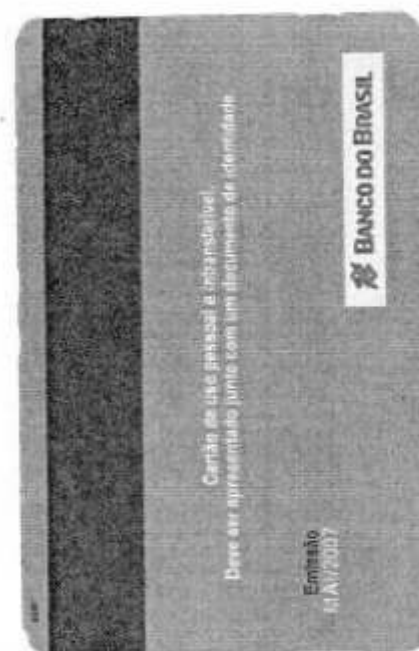
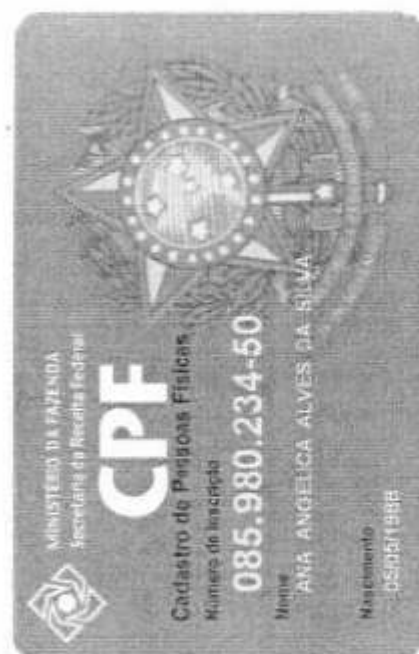


COMPREV  
CONTROLE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 OUT 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE









# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014806287691  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA - COD RENAVAM - RNTRO - EXERCÍCIO  
1 597622663 \*\*\*\*\* 2019

CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO

ANARAJI-PE

CPF / CNPJ 904.782.404-06 PLACA PER7464  
PLACA ANT / UF 9C2K016808R461541 CHASSI  
+++++ / PE

PAS / MOTOCICLISTA ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL ALCOL/GASOL  
MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN BSDI ANO FAB 2013 ANO MOD 2014  
CAP / POT / CL 2E/149CL CATEGORIA EARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC / COTAS  
1º IPVA 2019 QUITADO 1º \*\*\*\*\*  
2º \*\*\*\*\*  
3º \*\*\*\*\*  
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS  
1 \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80,11 IOF (R\$) 0,32 PREMIO TOTAL (R\$) 84,58 DATA DE PAGAMENTO 04/02/19  
SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

ANARAJI *Roberto Fontelles* 20/04/19  
Roberto Fontelles Moreira Fontelles  
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

PROTOCOLO

10 SET 2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014806287691 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO

55515-000

ANARAJI-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 20/04/19

VIA 1 RENAVAM 904.782.404-06 PLACA PER7464

CHASSI 9C2K016808R461541 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN BSDI

ANO FAB 2013 COT. ÚNICA 09

## PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36,05 DENATRAM (R\$) 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TIT. A BILHETE SOBRO (R\$) 84,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 04/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
PES MAO E DE FORTE OBRIGATORIO.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190525087 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

portador(a) do documento de identidade nº: 5.996.320, expedido por SPS, em 20/08/2011, inscrito no CPF sob o nº: 042.954.244-55,

residente: Av. São José Boa Esperança, nº 05 complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro, cidade: Amaráji, Estado PE.

2. OUTORGADO: ANA ANGELICA ALVES DA SILVA

portador(a) do documento de identidade n°: 7.783.665, expedido por SDS, em 11/03/2005 inscrito no CPF sob o n°: 085.980.234-50.

residência: Rua Severina de Andrade, nº: 74 complemento:

Bairro: plac Batista, cidade: Amaraji, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO –DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

Maria Loureirana da Silva Lopes, Acidente ocorrido no  
dia 23 / 03 / 2019 do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

26 de Julho de 2019

OUTORGANTE: maria lucimar da Silva borges

(reconhecer firma por autenticidade)



**SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE AMARAJ - PE**  
Rua Tenza de Mair, 13 - Centro - CEP: 55515-000 - Fone: (81) 3553-1782  
Tabela e Regimentos: Halcia Rodrigues Dourado



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de:  
(1) MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES  
Dou fe  
Amara: 1-PE sexta-feira 26 de julho de 2019 - 15 15h  
Ex Testemunho: *maria lucimar* da verdade  
FABIOLA FRANCELINO SEGUNDO - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
Selo(s): 0074740. ARA07201901.00239  
Total: 4.89

Serventia Registral e Notarial  
Amaral-PE  
Fabiola Francelino Segundo  
Escrivente Autorizada



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313377/19

**Número do Sinistro:** 3190525087

**Vítima:** MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

**CPF:** 042.954.244-55

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 23/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ANA ANGELICA ALVES DA SILVA : 085.980.234-50**

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](http://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: MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES  
CPF: 042.954.244-55

MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313377/19

**Número do Sinistro:** 3190525087

**Vítima:** MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

**CPF:** 042.954.244-55

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/03/2019

**Titular do CPF:** MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019  
Nome: ANA ANGELICA ALVES DA SILVA  
CPF: 085.980.234-50

ANA ANGELICA ALVES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS