

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno 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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

042.954.244-55 Maria Loueima 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 Loueima da Silva Lopes

6 - CPF:

042.954.244-55

7 - Profissão:

Recusou-se AV. São José Boa Esperança

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

05

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Janaína

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55515-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

0800 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:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 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/TUTOR)

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

AGÊNCIA:

3201

5

CONTA:

153390

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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 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)  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:

Companhia

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

 30 - Vítima deixou nascituro (não 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 Lider 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

Imprensa 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:

 Janaína 06/08/19  
 Maria Loueima da Silva Lopes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



EDN - BRÁDESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA POUPANÇA FÁCIL TERM. 054044  
MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPEZ 15:39 HRS  
AGÊNCIA 3201 CONTA 0153390-6 18/MAI/2019

DISPONIVEL	
* TOTAL DISPONIVEL .....	5,07
+ CONTA POUPANÇA FÁCIL .....	5,07
SD DEPOS ATÉ 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 POUPANÇA - DEPÓSITOS ATÉ 3/5/12  
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
ANIVERSÁRIO 18/05/2019  
26 0,65 0,00  
TOTAL ..... 0,00

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

EXTRATO CONSOLIDADO  
--- MARÇO/2019 ---  
DIA HISTÓRICO N. DO CTO 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 PRÓPRIO FAVORRECIDO  
S A L D O ..... 205,07  
08 SAQUE CARTAO CB 1116092 200,00  
ESPECIE  
SALDO TOTAL 5,07

Demonstrativo para simples conferência.  
Sujeito a alterações até o final do dia.  
Fone Fácil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
SAC At Bradesco - 0800 7048383.  
Deficiência 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 declaração de Quitação Anual de Tarifas PF  
esta disponível no Autoatendimento e Internet.





COMARCA VILA DE AMARAJI - PERNAMBUCO S/A  
10 SET 2019  
PROTÓCOLO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI -  
DP66ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0156000281

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

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 1, ESTRADA DAS CAMARÕES QUE LIGA ESTA CIDADE A CHÁ GRANDE, ZONA RURAL - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/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 Mão: GENI JOSÉ DA SILVA Pai: JOSÉ LUCIANO LOPES Data de Nascimento: 28/11/1978 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5006320/SDS/PE (RG), 04285424455 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 5, RUA JOÃO ALEXANDRE, CENTRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/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 Mão: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: ERIVALDO MANOEL DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/2/1991 Naturalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8686330/SDS/PE (RG), 09497691424 (CPF), 08346826678 (GNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DESEMPREGADO(A)  
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 51, 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/GC 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 DE REPENTE 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 GOTOVELO 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 OCORRÊNCIA.

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

*X maria lucimara da silva lopes*  
**MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES**  
 (VITIMA)

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

*X José Gerdisson Magno dos Santos*

B.O. registrado por: **EDILSON SANTANA DA SILVA** - Matrícula: **220917-8**



# 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:

4 - Nome completo da vítima:

042.954.244-55 Maria Loueima 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 Loueima da Silva Lopes

6 - CPF:

042.954.244-55

7 - Profissão:

Recusou-se AV. São José Boa Esperança

8 - Endereço:

9 - Número:

05

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Janaúbi

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55515-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

0800 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:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 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/TUTOR)

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

AGÊNCIA:

3201

5

CONTA:

153390

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

(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 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 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)  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:

Companhia

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

30 - Vítima deixou nascituro (viver)

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data,

 Janaúbi 06/08/19  
 Maria Loueima da Silva Lopes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROTOCOLO

 38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



EDN - BRÁDESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA POUPANÇA FÁCIL TERM. 054044  
MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPEZ 15:39 HRS  
AGÊNCIA 3201 CONTA 0153390-6 18/MAI/2019

DISPONIVEL	
* TOTAL DISPONIVEL .....	5,07
+ CONTA POUPANÇA FÁCIL .....	5,07
SD DEPOS ATÉ 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 POUPANÇA - DEPÓSITOS ATÉ 3/5/12  
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
ANIVERSÁRIO 18/05/2019  
26 0,65 0,00  
TOTAL ..... 0,00

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

EXTRATO CONSOLIDADO  
--- MARÇO/2019 ---  
DIA HISTÓRICO N. DO CTO 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 PRÓPRIO FAVORRECIDO  
S A L D O ..... 205,07  
08 SAQUE CARTAO CB 1116092 200,00  
ESPECIE  
SALDO TOTAL 5,07

Demonstrativo para simples conferência.  
Sujeito a alterações até o final do dia.  
Fone Fácil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
SAC At Bradesco - 0800 7048383.  
Deficiência 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 declaração de Quitação Anual de Tarifas PF  
esta disponível no Autoatendimento e Internet.





**AMARAJI**  
PREFEITURA MUNICIPAL

**HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

**DATA:** 23/03/39

**Nº** 343.062

**NOME:** Maria Eugênia de Souza Boer **PESO:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** F **IDADE:** 40

**D.N.** 30.111-41 **MÃE:** Geni

**END.** R/ 158 Resende **Nº** \_\_\_\_\_ **BAIRRO:** Centro **BRAZ**

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

**RESPONSÁVEL:** Irmãos **RG Nº** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

*Quedo de nistruclite seu fco  
Glossopatia 15, referido dor no ouv (G)*

**DESCRÍÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:**

*Octopufen 0,5% 500 ml JM*

*500 ml*

*COMPROVANTE*

*10 SET 2013*

*PROTOCOLO*

**TÉCNICO DE ENF.:** Joselma Maria dos Santos **ENFERMEIRO (A)** \_\_\_\_\_

Coren-PE 1100000111

*PROTÓCOLO  
APROVADO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI  
PROTÓCOLO MÉDICO*

BRADESCO

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

BRADESCO910201905000000000237032010000015339084375 PAGO





NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 20/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
157-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO <b>05/09/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL <b>27/08/2019</b>	CONTA CONTRATO <b>004001240361</b>
CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO CPF: 904.782.404-06		TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO <b>27/08/2019</b>	Nº DO CLIENTE <b>2001737609</b>
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SEVERINA DE ANDRADE 74 ALICE BATISTA/AMARAJI 55515-000 AMARAJI PE		CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico	NUMERO DA NOTA FISCAL <b>075131014</b>	Nº DA INSTALAÇÃO <b>0000163000</b>
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>				

**DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

DESCRICA	QUANTIDADE	PRECO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	74,00	0,77545172	57,38
Acrscimo Bandeira AMARELA			0,23
Acrscimo Bandeira VERMELHA			3,51
Contrib. Rum. P			7,42
ICMS Subvenção-CDE-INF 067542616-26/06/19			0,48
PRO- CRIANÇA -(081)3412-8960 0800 631 8989			3,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			72,62

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	8.549.330,00		
<b>COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</b>			
	R\$	%	
Geração de Energia	21,19	34,67	
Transmissão	2,13	3,46	
Distribuição (Celpa)	12,89	21,29	
Encargos Salariais	3,03	4,96	
Tributos	17,82	29,16	
Perdas de Energia	4,06	6,64	
<b>TOTAL</b>	<b>81,12</b>	<b>100</b>	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
jun/2019								
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00			
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00			
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00			
DIICs-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DIICs: 0,00					
<b>EUSD-Valor do Encargo de Usuário = R\$ 22,88</b>								
<i>Todos Consumidores podem solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DIICs a qualquer tempo.</i>								

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios amaralina: praça jorge coelho da silveira centro / mercad.nsa fatima: rua joão luis da costa games centro.lista completa em [www.cspe.com.br](http://www.cspe.com.br).\*  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.  
Pago, em atraso gera multa 2% (Res.44/ANEEL). Juros 1% a.m. Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.  
O cliente é compensado quando há desacumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo... Art 7º DEEN.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

拉吉夫·阿吉瓦

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004001240361	08/2019	0,00	05/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

**FATURA PAGA**

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ana Angelica Alves da Silva  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 085.980.234-150, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
maria loucimor da silva loopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.954.266-55  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima maria loucimor da silva loopes  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.954.266-55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Severina de Andrade</u>	Número:	<u>74</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Alta Batista</u>	Cidade:	<u>Amarapri</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>55535-000</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(81) 9.9258-3087</u>

Local e Data: Amarapri 26 de julho de 2019

Ana Angelica Alves da Silva

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cleide Maria do Nascimento,  
RG nº 5.294.587, data de expedição 08/10/2013,  
Órgão SDS, portador do CPF nº 904.782.406-06, 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  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Maria Loueima da Silva Japés cujo o condutor era  
Joel Gerdison Magno dos Santos.

Veículo: Moto  
Modelo: Honda CG 150 FAN  
Ano: 2013/2014  
Placa: PGR 7464  
Chassi: 9C2KCG680ER461541  
Data do Acidente: 23/03/2019  
Local e Data: Amaraji 26/07/2019

Cleide Maria do Nascimento

Assinatura do Declarante

Joel Gerdison Magno dos Santos

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



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE AMARAJI - PE  
Rua Treze de Maio, 13 - Centro - CEP 55015-000 - Fone: (81) 3552-1702  
Tabelião e Registradora: Heloísa Rodrigues Dourado



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de

(1) CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO

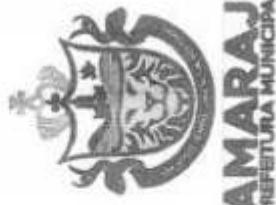
Dou fe  
Amaraji - PE, sexta-feira, 26 de julho de 2019 - 15:16h  
Em Testemunho Fabiola Francelino Segundo da verdade  
FABIOLA FRANCELINO SEGUNDO - ESCREVENTE AUTORIZADA  
Selo(s): 0074740 XAU07201901 00241  
Total: 4,89

Notaria  
Serventia Registral e Notarial  
Amaraji-PE  
Fabiola Francelino Segundo  
Escrevente Autorizada

COMPTEU  
COMPROMISSO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

10 SET 2019

PROTOCOLO



PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS  
ATESTADO MÉDICO**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR (A) Maria  
Locuca de Belos  
2008  
FOI ATENDIDO (A) 263 0315

RENT OU REGISTRO

CLÍNICA OU SERVIÇO

HOSPITAL - AMBULATÓRIO

DO 263 0315 AS 02 HORAS, NECESSITANDO DE 02  
NO DIA 263 0315

AMARA JI 25 DE 03 1999

Maria Randalay  
NEPHRO - UTI - M  
CRM 3857

( ASSINATURA DO MÉDICO/ODONTOLOGICO )  
(CAPIMBO CONTENDO NOVE COMPLETO E REGISTRO CRM/CBO )



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Ismael Bucim  
de Silve Borges

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.525 ).

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: Flávia Bracina de SIlva Borges  
apresenta incidente com queda de moto em  
23/03/19, causando fratura de clavícula  
do lado es e encontra-se em tratamento  
conservador, assim com dor e limitação  
funcional do membro. AV- 552.1

Recife, 09 de março de 2019

Dr. Lauro Calabria  
Ortopedia  
CRM - 8953

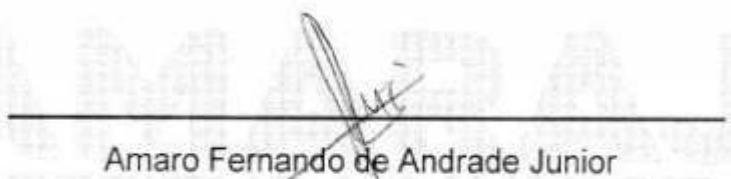


## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** **HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS**

### **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

MARIA LUCIA MARIA DA SILVA LOPES  
Data: 09/09/04 00:00:00 14:38:29  
FRONT 43641 DN 32111976

DATA DE EMISSAO: 09/09/2019

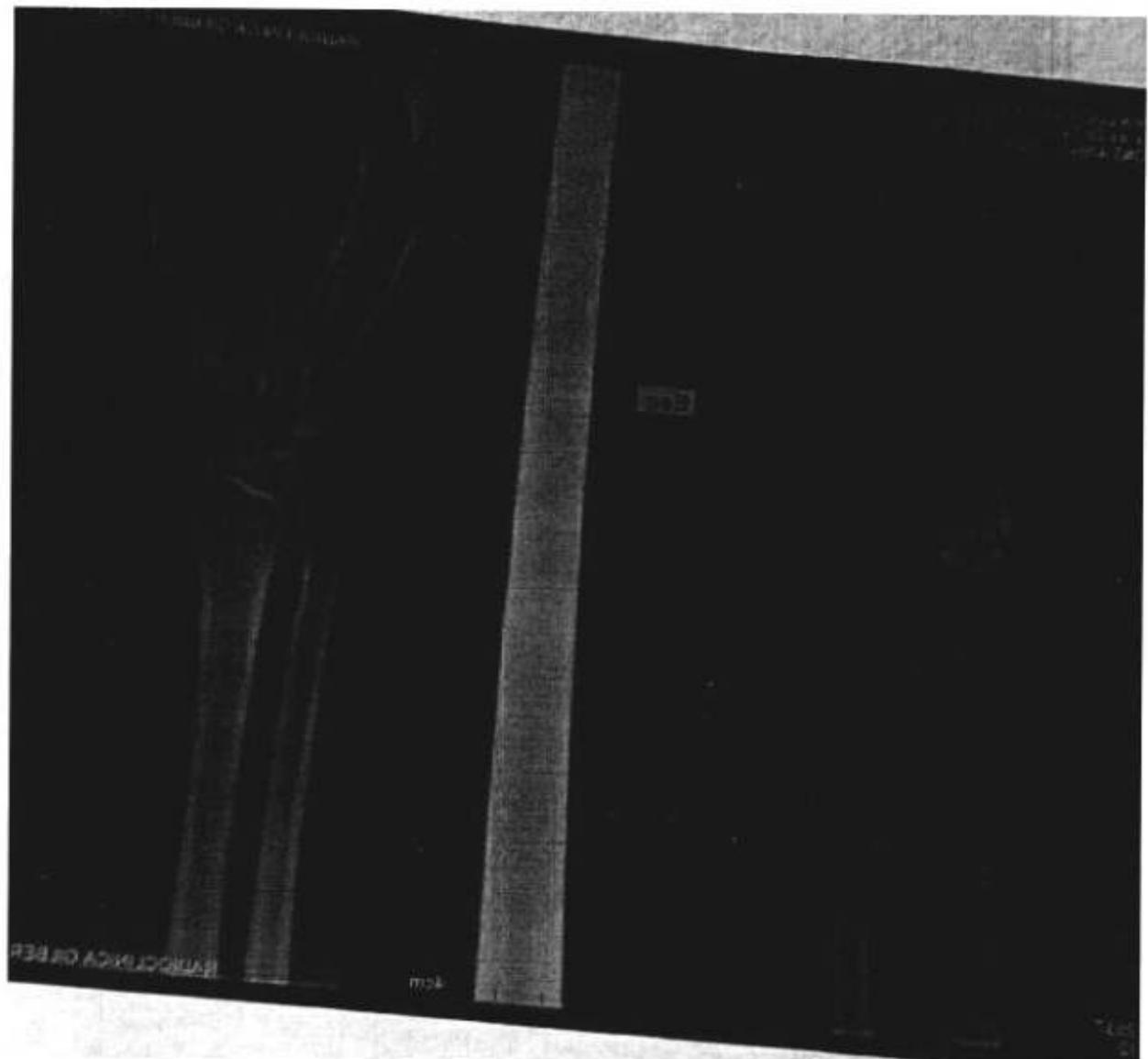
RADIOLINICA DIBERTO D'ORIO

5202  
7685

400





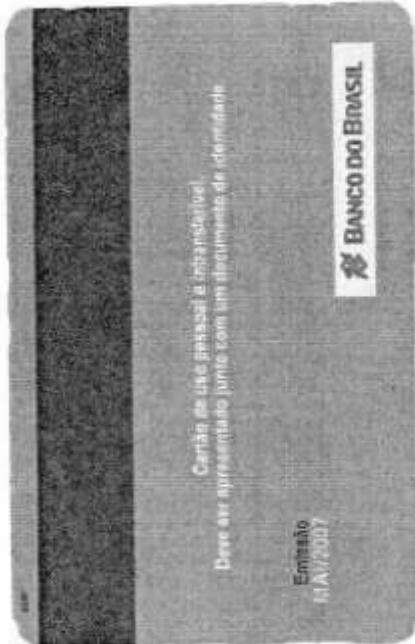
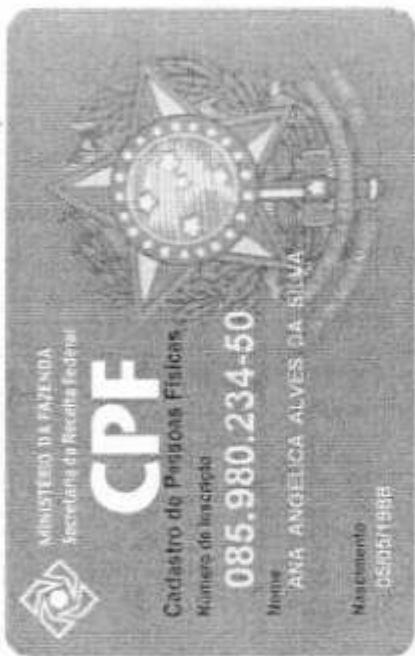


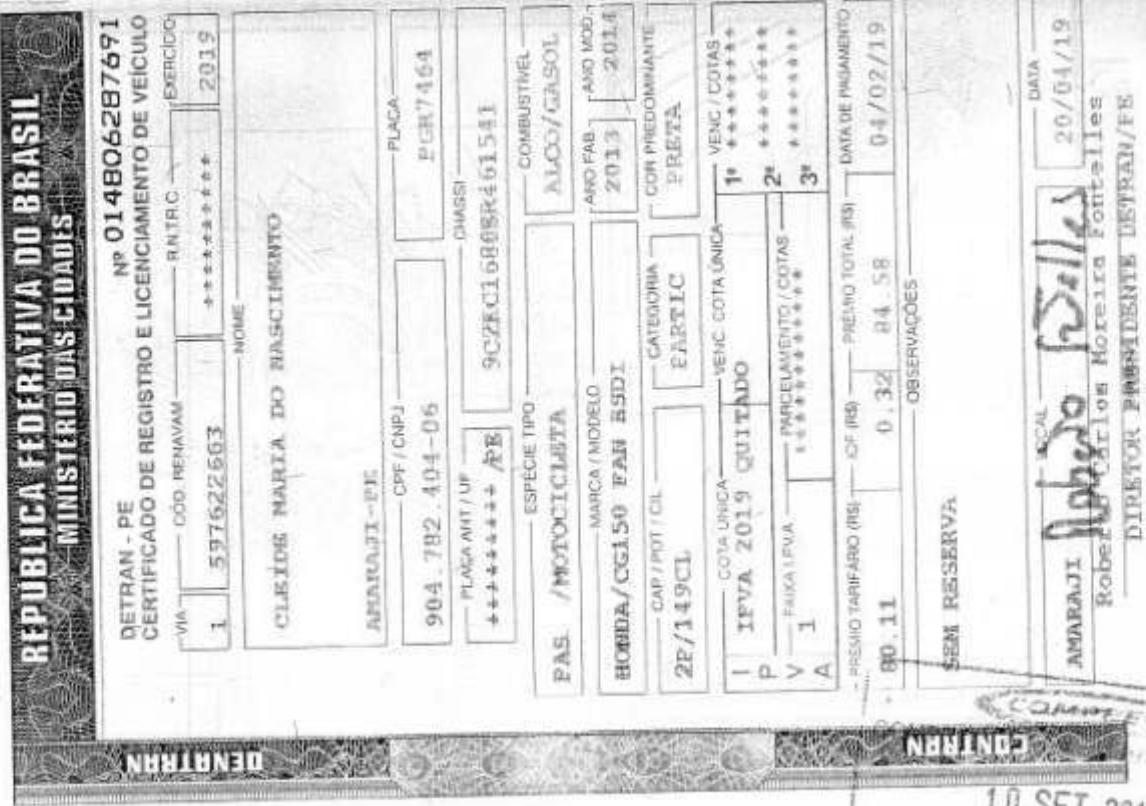
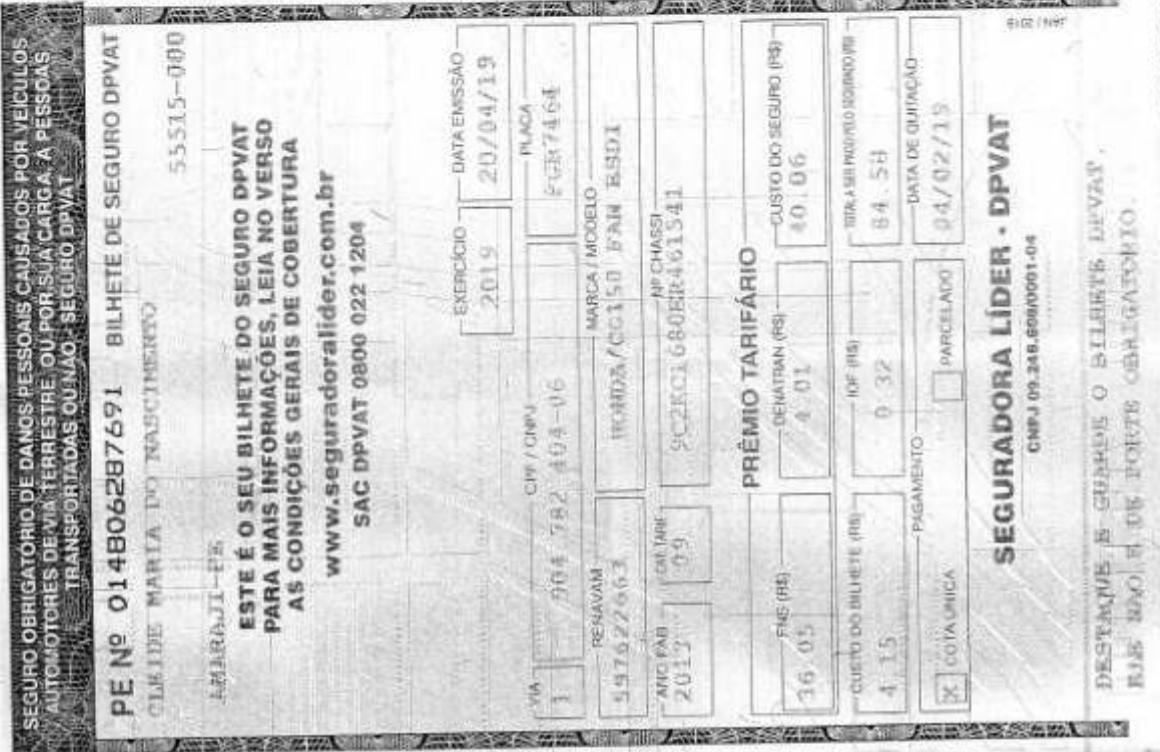




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
DATA DE EMISSÃO	11/03/2005
7.783.665	ANÁGELICA ALVES DA SILVA
JOSE DA SILVA	ELI ALVES DE LIMA
PRIMAVERA FÉ	20.00.1000
CH 001 LA 00978/CART DE PRIMAVERA FÉ	
ABRANTANA DO SUL/RS	
LEI Nº 1116 DE 2006/03	







10 SET 2019

## PROTOCOLO

# 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

**Valorização 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## 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 SDS, em 20/08/2011, inscrito no CPF sob o nº: 062.954.214-55,  
residente: Av. São José Bon Esperança, nº: 05 complemento: \_\_\_\_\_,  
Bairro: Centro, cidade: Amaraíji, Estado PE.

2. OUTORGADO: Ana Angelica Alves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº: 7.783.665, expedido por SDS, em 11/03/2005 inscrito no CPF sob o nº: 085.980.234-50,  
residente: Rua Severino de Andrade, nº: 74 complemento: \_\_\_\_\_,  
Bairro: Alto Batista, cidade: Amaraíji, Estado PE.

Amplos 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 Lucimar 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 Lopes



(reconhecer firma por autenticidade)



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE AMARAÍJI - PE  
Rua Triste da Mata, 13 | Centro | CEP: 55515-000 - Fone: (81) 3055-1782  
Tabela e Regulamento: Heloisa Rodrigues Deodato



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de:

(1) MARIA LUCIMAR DA SILVA LOPES

Dou fe

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

Em Testemunha: Fabiola Francelino Segundo da verdade

FABIOLA FRANCELINO SEGUNDO - ESCRIVENTE AUTORIZADA

Selo(s): 0074740 ARA07201901.00239

Total: 4 89

*zalka*

Serventia Registral e Notarial

Amaraíji-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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## 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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-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