
Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581923

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581923

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000013399-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

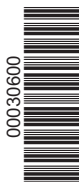
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581923

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581923

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000013399-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

038.528.344-05

4 - Nome completo da vítima:

Jaqueline Dourado de Souza

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

5 - Nome completo:

Jaqueline Dourado de Souza

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rio - B

6 - CPF:

038.528.344-05

11 - Bairro:

Marquês II

12 - Cidade:

Paulista

9 - Número:

24

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

53421-036

15 - Tel (DDD):

(03) 3033-3824

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0638

CONTA:

33399

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo 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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herança (ver responder)?

☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Quimica, 23/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

f 2



18/07/2019 15:52

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118007007

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/07/2019** às **16:34**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia **1/6/2019** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, O FATO
OCORREU NA AV: A. - Bairro: MARANGUAPE - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GEREMIAS DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
SHIRLEYSSUIANE FERREIRA (VITIMA)
JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): SHIRLEYSSUIANE FERREIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): GEREMIAS DA SILVA

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

**SHIRLEYSSUIANE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE FERREIRA Pai: ALUISIO MONTEIRO FERREIRA Data de Nascimento: 27/10/1973
Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4590158/SSP/PE (RG). 88145500408 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2º.
GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO DE ENFERMAGEM Telefones Celulares:
- 81555320356**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, A MESMA RES: NA R: DO AMOR Nº
15. JARDIM FRAGOSO. OLINDA-PE. - CEP: 55099-090 - Bairro: MARANGUAPE - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
DANIELA CRISTINA SARAIVA Pai: JAIR JOSÉ DE SOUZA Data de Nascimento: 26/4/1984
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 503271/SSP/PE (RG).
03582834408 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: PEDAGOGO Telefones Celulares:
- 81984714125**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, A MESMA RES: NA AV: B Nº 24.
MARANGUAPE II. PAULISTA-PE. - CEP: 55099-090 - Bairro: MARANGUAPE - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

55.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
077 97 96

GEREMIAS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE JAGUARANA (BAIRRO), 1, R: AGOSTINHO, N° 72- JAGUARANA- PAULISTA-PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: JAGUARANA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SHIRLEYSSUIANE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SHIRLEYSSUIANE FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLW3123** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2002**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEREMIAS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEREMIAS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KID1201** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

DECLARA AS VITIMAS QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO SE DESLOCAVA PARA O TRABALHO CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, FOI ATINGIDA VIOLENTAMENTE NA PARTE LATERAL VINDO A CAIR AO SOLO, AMBAS SENDO SOCORRIDAS PELO SAMU E BOMBEIRO. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA FOI PARA DE OLINDA E A CARONA PARA HOSPITAL HAPVIDA NA REGIAO CENTRAL, ENTRANDO NO DIA 01 AO DIA 06 DO MES DE JUNHO. E A CONDUTORA DEU ALTA NO MESMO DIA. A MOTOCICLETA A QUAL CONDUZIA ESTAVA EM NOME DE: ANA MARIA VIANA DE CARVALHO, RG DE N° 3552541/SDS/PE, CPF N° 78469216489, PELO FATO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

SHIRLEYSSUIANE FERREIRA

(VITIMA)

JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por **JUJO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: **351055-2**

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANCA LTDA
01/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
240307-04





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista
 Rua Carlos Gomes, 411 - Aduas Paulistas, Paulista/PE - CEP 53421-000, E-mail: dtcp@paulista.pe.br
 PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 34122976



Nº DA OCORRÊNCIA
0984119
 Nº DA FOLHA

NOME DO CONDUTOR SUIRLEVSSUANE FERREIRA			
DATA DE NASCIMENTO 21/10/1993	SEXO M	IDENTIDADE/ORGÃO/UF 4590155 SSP-PE	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP) RUA DA AMAR Nº 13 JARDIM TRAVESSO			
TELEFONE 081 985510799	MUNICÍPIO OLINDA		
UF PE			
HABILITAÇÃO		1ª HABILITAÇÃO	
☒ CNH ☐ PERMISSÃO ☐ NÃO HABILITADO ☐ NÃO EXISTENTE ☐ AUTORIZAÇÃO ☐ ESTRANGEIRA ☐ NÃO APRESENTOU CNH		24/08/2004 01949419102 USAVA CINTO DE SEGURANÇA ☐ SIM ☒ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	
VALIDADE DA CNH		CATEGORIA DA CNH	
☒ EM DIA ☐ VENCIDA		☒ A ☒ B ☐ C ☐ D ☐ E	
USAVA CAPACETE		SITUAÇÃO DO CONDUTOR	
☒ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO		☐ PERMANECER NO LOCAL ☐ ATENDER À VÍTIMA ☐ EVADIU-SE ☒ OCORRÊNCIA	
ESTADO DO CONDUTOR		ESTADO DO CONDUTOR	
☐ MORTO ☒ FERIDO ☐ ILICITO		☐ MORTO ☒ FERIDO ☐ ILICITO	

NOME DO PROPRIETÁRIO ANA MARIA VIANA DE CARVALHO			
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE			
MUNICÍPIO OLINDA			
UF PE			
PLACA/VIP KW 3183	MARCA/MODELO HONDA POP 100	CHASSI C24519102P024654	
TIPO DE VEÍCULO			
☐ AUTOMÓVEL ☐ BICICLETA ☒ MOTOCICLETA ☐ MIXTO (CANGIETA) ☐ CANGIETA ☐ ÔNIBUS			
ESTADO DOS PNEUS		DANOS NO VEÍCULO	
☒ BOM ☐ RUIM		☒ PEQUENA MONTA ☐ MÉDIA MONTA ☐ GRANDE MONTA	
INFRACÇÕES REGISTRADAS		MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS	
☐ SEM ☐ NÃO		☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO ☐ REVOCAÇÃO DO VEÍCULO ☐ RESCISÃO DA CNH ☐ RESCISÃO DA PERMISSÃO ☐ RESCISÃO DO CNV ☐ RESCISÃO DO CLA ☐ TRANSFERÊNCIA DA CARGA ☐ NENHUMA	
EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (m)			

PASSAGEIRO - PRESUNTA VÍTIMA DO VEÍCULO NENHUM			
VÍTIMA			
☒ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE			
NOME DA VÍTIMA JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA			
DATA DE NASCIMENTO 26/01/1991			
SEXO M			
IDENTIDADE/ORGÃO/UF 6038731 SDS PE			
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE			
MUNICÍPIO			
UF			
USAVA CINTO DE SEGURANÇA		USAVA CAPACETE	
☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO		☒ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	
POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO		ESTADO DA VÍTIMA	
☐ NA FRENTE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA ☒ ATRÁS ☐ SEM INFORMAÇÃO		☐ MORTO ☒ FERIDO	

PASSAGEIRO - PRESUNTA VÍTIMA DO VEÍCULO NENHUM			
VÍTIMA			
☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE			
NOME DA VÍTIMA			
DATA DE NASCIMENTO			
SEXO			
IDENTIDADE/ORGÃO/UF			
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE			
MUNICÍPIO			
UF			
USAVA CINTO DE SEGURANÇA		USAVA CAPACETE	
☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO		☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	
POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO		ESTADO DA VÍTIMA	
☐ NA FRENTE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA ☐ ATRÁS ☐ SEM INFORMAÇÃO		☐ MORTO ☐ FERIDO	



Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista

Rua Campo Grande, 511 - Aurora Paulista, Paulista/PE - CEP 55401-000, E-mail: dtcp@paulista.pe.br
 PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 331412073



F.98161-2070

Nº DA OCORRÊNCIA

038A/19

Nº DA FOLHA

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

VEÍCULO Nº 02

O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO CONDUTOR DO VEÍCULO

- OBSERVAÇÕES: 1 - O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
 2 - O Condutor, deverá assinar a declaração do condutor do respectivo veículo;
 3 - O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade do condutor.

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR (PREENCHIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO)

NOME DO CONDUTOR: Germano da Silva SEXO: ☒ M ☐ F
 DATA DE NASCIMENTO: 27/08/56 IDENTIDADE: 922 987 599 PE UF: PE CPF: 432 982 914-15

DESCRIÇÃO DA VIOLACÃO COMO OCORRÊNCIA ACIDENTE PREENCHIDA PELO CONDUTOR DO VEÍCULO

O CONDUTOR DO PALIO KID 1891
 CONDUZIA O VEÍCULO E QUANDO CHEGO NA
 AVENIDA (A) MARANGUAPÉ II A MOTO
 DEU O FREIO E A MOTO COLIDIU COM
 O CARRO PARA CIMA DO CARRO
 KLV 3183

Ser Mobilidade e Transportes
 Contato com o Cliente
 Data: 10/06/19
 Fone: 14176

ASSINATURA DO CONDUTOR

Germano da Silva

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO (PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO)

PLACA/UF: KID-1891 MARCA/MODELO: FIAT / PALIO RENAVAM: 669082740
 DATA: 01/06/19 HORA: 07:00 CHASSI: 9BD178016T0139607

AVARIAS DO VEÍCULO (PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO)

PARA BAIXA QUEBRADA LADO ESQUERDO
 FAROL LADO DIREITO QUEBRADO
 TAMPA DO CAPÔ AMASSADO LADO DIREITO
 PARA CHUVA DE LÁZIO COM RANCHO

NOME DO AGENTE

Germano da Silva

NATURAL

17094

ASSINATURA

[Assinatura]

05.802.494/0001-11
 TRACAP CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

04/07/2019
 Rua da Aurora, 511 - Aurora Paulista/PE - CEP 55401-000



Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista

Rua Campo Grande, s/nº - Aduana Paulista, Paulista/PE - CEP: 53401-000, E-mail: dtcp@paulista.gov.br
 PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 991312070



F.58181-2070

Nº DA OCORRÊNCIA

098A/19

Nº DA FOLHA

ORÇUL

SIMBOLOGIA

	AUTOMÓVEL		VEÍCULO AUSENTE		PEDESTRE		LOCAL DO ACIDENTE		TOBAMENTO
	ÔNIBUS OU CAMINHÃO		RESOQUE/BOEM-RESOQUE		ACIDENTE		DEPOIS DO ACIDENTE		SEMAFÓRO
	TRM		VEÍCULO DE DUAS RODAS		MARCHA À FRENTE		DERRAPAGEM		CAPOTAMENTO
	COMBUSTÍVEL		VEÍCULO DE TRÊS RODAS		MARCHA À RE		INCÊNDIO		
	VEÍCULO TRATOR		OBJETO FIXO		ANTES DO ACIDENTE				

RESERVA SUMARIZADA DO ACIDENTE (OBSERVE OS DADOS DO ACIDENTE)

AO CHEGAR NO LOCAL OS V1 e V2 SE ENCONTRAVAM NO LOCAL COM PRESERVAÇÃO DO ACIDENTE, AMBAS AS VITIMAS DA MOTOCICLETA AGUARDAVAM A CHEGADA DO ATENDIMENTO. AS 08h EQUIPE CBMP 826 PLACA: PGW-8003 CHEGOU AO LOCAL.

Ass. Secretaria de Transportes

Confira com o Original

Data: 20.06.19

Func: [Signature] M: 11/11/16

NOME DO AGENTE

VIATURA

VT-002

NATURALIDADE

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº 1

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

M

TELEFONE

IDENTIDADE/Cadastro/UF

CPF

TESTEMUNHA Nº 2

DATA DE NASCIMENTO

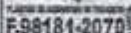
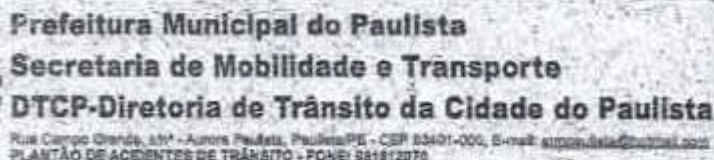
SEXO

M

TELEFONE

IDENTIDADE/Cadastro/UF

CPF



098A-19

09

De acordo com o Manual de Procedimentos do Sistema Nacional de Estatísticas de Acidentes de Trânsito - SINET

DATA: 01/06/19	HORA: 04:00	FASE DO DIA: ☒ DIA ☐ NOTITE ☐ DOMINGO ☐ SEGUNDA ☐ TERÇA ☐ QUARTA ☐ QUINTA ☐ SEXTA ☒ SÁBADO	
ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente na área destacada):	AV/RUA/RODOVIA: AV. A Nº 750 KM 1 METROS VIA A COMPLEMENTO: SENTIDO:		
	BAIRRO: MAPANGUAPE 2	CEP:	PONTO DE REFERÊNCIA: NUCLEO DE POLICIA
	VIA E AV/RUA/RODOVIA:		
	VIA C AV/RUA/RODOVIA:		
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente e complete o Alça de Interação):	AV/RUA/RODOVIA: Nº KM METROS VIA A COMPLEMENTO: SENTIDO:		
	BAIRRO:	CEP:	PONTO DE REFERÊNCIA:
	VIA B AV/RUA/RODOVIA:	Sec. Mobilidade e Transportes Defesa Social - Civil Data: 19/06/19 Por: [Assinatura] Nº 14176	
	VIA C AV/RUA/RODOVIA:		

TIPO DE ACIDENTE:			SEVERIDADE DO ACIDENTE		QUANTIDADE DE VITIMAS	
☐ COLISÃO FRONTAL	☐ ENGALETAMENTO	☐ CHOQUE	☐ COM VITIMA FATAL	<u>01</u> CONDUTORES FERIDOS		
☐ COLISÃO TRASEIRA	☐ TOMBAMENTO	☐ ATROPELAMENTO PEDESTRE	☒ COM FERIDO	<u>01</u> CONDUTORES MORTOS		
☐ COLISÃO TRANSVERSAL	☐ CAPOTAMENTO	☐ ATROPELAMENTO ANIMAL	☐ SEM VITIMA	<u>01</u> PASSAGEIROS FERIDOS		
☐ COLISÃO LATERAL	☐ SAÍDA DE PISTA	☐ N/D	QUANTIDADE DE VEICULOS ENVOLVIDOS		<u>01</u> PASSAGEIROS MORTOS	
OBS: NAS OCORRÊNCIAS COM PRATA DE UM TIPO DE ACIDENTE, RAPIDEI AVALIAR/ANOTAR OS TIPOS DE ACIDENTE DE ACORDO COM A CARACTERÍSTICA DO ACIDENTE.			<u>02</u> COM DANOS		<u>01</u> PEDESTRES FERIDOS	
			☐ SEM DANOS		<u>01</u> PEDESTRES MORTOS	
			☐ EVADIDOS		<u>01</u> PEDESTRES MORTOS	
JURISDIÇÃO DA VIA		DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR		SOLICITADO NO LOCAL POR:		
☒ MUNICIPAL	☐ CASA	☐ MURO	☐ POSTE	☒ AMBULÂNCIA/SAMU		
☐ ESTADUAL	☐ SINALIZAÇÃO	☐ PLACA DE REALIZAÇÃO		☒ SOMBRILHO, BOMBEIROS, BOMBEIROS, BOMBEIROS		
ÁREA	☐ OUTROS (Especificar):		☐ AMBULÂNCIA			
☒ URBANA			OUTROS (Especificar):			
☐ RURAL			PRÁTICA TÉCNICA NO LOCAL (L.C.):			
			☒ SEM ☐ NÃO ESPECIFICAR			

SUPERFÍCIE DA PISTA ☒ SECA ☐ MOLHADA ☐ OLEOSA ☐ INUNDADA ☐ ENLAMEADA ☐ OUTRA	TIPO DE PAVIMENTO ☒ ASFALTO ☐ CONCRETO ☐ PARALELEPÍPEDO ☐ CASCALHO ☐ TERRA ☐ OUTRO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA ☐ NORMAL ☐ INTERMITENTE ☐ COM DEFETTO ☐ DEBILITADO ☒ INEXISTENTE	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL ☐ BOA ☐ RUIM ☒ INEXISTENTE CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL ☐ BOA ☐ RUIM ☒ INEXISTENTE	VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA (KM/H) ☐ ☐ 30 KM/H ☐ 40 KM/H ☐ 50 KM/H ☐ 60 KM/H ☐ 100 KM/H ☐ INEXISTENTE
CONDIÇÃO DO TEMPO ☒ BOM ☐ CHUVA ☐ NEBLINA ☐ OUTRA	SITUAÇÃO DA PISTA ☒ BOA ☐ DANIFICADA	PISTAS DEBILITADAS ☐ SIM ☒ NÃO		



Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista
Rua Campo Grande, s/n - Azeite Paulista, Paulista/PE - CEP 53401-000. E-mail: dtcp@paulista.pe.gov.br
PLANTÃO DE AGENTES DE TRÂNSITO - FONE: 351313078



Nº DA OCORRÊNCIA
098719
Nº DA FOLHA

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

VEÍCULO Nº 01

O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO CONDUTOR DO VEÍCULO.

- OBSERVAÇÕES: 1 - O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
2 - O Condutor deverá assinar a declaração do condutor do respectivo veículo;
3 - O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade do condutor.

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - PREENCHIDO PESSOALMENTE PELO CONDUTOR

NOME DO CONDUTOR _____ SEXO ☐ M. ☐ F.
DATA DE NASCIMENTO _____ IDENTIDADE _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ UF _____ CPF _____

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE - PREENCHIDO PESSOALMENTE PELO CONDUTOR

CONDUTORA NÃO PODE RELATAR, SEM CONDIÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS.

Foi socorrida pela CBM/PE-826.

Ass. Mobilidade e Transporte
Condutor assinou original
Data: 20/06/19
Ass. 14/19

ASSINATURA DO CONDUTOR:

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO - PREENCHIDO PESSOALMENTE PELO AGENTE DE TRÂNSITO

PLACA/UF **KLW-3183** MARCA/MODELO **HONDA / POP 100** RENAVAM **966792858**
DATA **01/06/19** HORA **07:00** CHASSI **C2H502108RD24654**

AVARIAS DO VEÍCULO - PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO

MANEIRA LATA NIBITO MANEIRA LATA
MANEIRA LATA NIBITO MANEIRA LATA
MANEIRA LATA NIBITO MANEIRA LATA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANÇA

NOME DO AGENTE

CHAVANDA

MATRÍCULA

14094

ASSINATURA

[Assinatura]



Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista

Rua Carlos Grande, s/nº - Aurora Paulista, Paulista/PE - CEP 53421-000. E-mail: atendimento@paulista.pe.br
 PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 991512070



558181-2070

Nº DA OCORRÊNCIA

098 129

Nº DA FOLHA

NOME DO CONDUTOR TERECINHAS DA SILVA			
DATA DE NASCIMENTO 27/08/1956	SEXO ☒ M ☐ F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF 2707262	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP) RUA CARLOS GRANDE Nº 72 JACUARANA			
TELEFONE 061 3438 6830	MUNICÍPIO Paulista UF PE		
HABILITAÇÃO ☒ CNH ☐ PERMISSÃO ☐ NÃO HABILITADO ☐ NÃO EXISTENTE ☐ AUTORIZAÇÃO ☐ ESTRANGEIRA ☐ NÃO APRESENTOU CNH		1ª HABILITAÇÃO 23/02/1989 Nº DE ANULETO 01488191998 USAVA CINTO DE SEGURANÇA ☐ SIM ☐ NÃO ☒ SEM INFORMAÇÃO	
VALIDADE DA CNH ☒ EM DIA ☐ VENCIDA		CATEGORIA DA CNH ☐ A ☒ B ☐ C ☐ D ☐ E	
USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO		SITUAÇÃO DO CONDUTOR ☒ PERMANECER NO LOCAL ☐ ATENDER À VÍTIMA ☐ EVAGU-SE ☐ SOCORRIDO	
ESTADO DO CONDUTOR ☐ MORTO ☐ FERIDO ☒ LESO			

NOME DO PROPRIETÁRIO TERECINHAS DA SILVA			
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO Paulista UF PE	
PLACA/UF KIO-1891	MARCA/MODELO Fiat Palio	CHASSI 913D173016FOL79609	
TIPO DE VEÍCULO ☒ AUTOMÓVEL ☐ MICROÔNIBUS ☐ BICICLETA ☐ TRATOR ☐ MOTOCICLETA ☐ TRACÃO ANIMAL ☐ MISTO (CAMINHETA) ☐ CAMINHÃO ☐ CAMINHONETE ☐ COMBINAÇÃO DE VEÍCULOS ☐ ÔNIBUS ☐ OUTRO		ESTADO DOS PNEUS ☒ BOM ☐ RUÍDI DANOS NO VEÍCULO ☒ PEQUENA MONTA ☐ MÉDIA MONTA ☐ GRANDE MONTA	
EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (Nº)		MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS ☐ ATENÇÃO DO VEÍCULO ☐ REMOÇÃO DO VEÍCULO ☐ RECOLHIMENTO DA CNH ☐ RECOLHIMENTO DA PERMISSÃO ☐ RECOLHIMENTO DO CAV ☐ RECOLHIMENTO DO CLA ☐ TRANSBORDO DA CARGA ☐ NENHUMA	
INFRAÇÕES CONSTATADAS ☐ SEM ☒ NÃO		AUTO DE INFRAÇÃO	
CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES)			

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 02			
VÍTIMA ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE			
NOME DA VÍTIMA			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐ F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO		USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	
POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO ☐ NA FRENTE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA ☐ ATRÁS ☐ SEM INFORMAÇÃO ☐ EM PE		ESTADO DA VÍTIMA ☐ MORTO ☐ FERIDO	

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 02			
VÍTIMA ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE			
NOME DA VÍTIMA			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ M ☐ F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
ENDEREÇO (RUA, Nº, APTº, BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO		USAVA CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO	
POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO ☐ NA FRENTE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA ☐ ATRÁS ☐ SEM INFORMAÇÃO ☐ EM PE		ESTADO DA VÍTIMA ☐ MORTO ☐ FERIDO	

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DA SEÇÃO DE TRÂNSITO

01/08/2019
 14h15
 05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DA SEÇÃO DE TRÂNSITO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

038.528.344-05

4 - Nome completo da vítima:

Jacqueline Dourado de Souza

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

5 - Nome completo:

Jacqueline Dourado de Souza

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rio - B

6 - CPF:

038.528.344-05

11 - Bairro:

Marquês II

12 - Cidade:

Paulista

9 - Número:

24

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RE

14 - CEP:

53421-036

15 - Tel (DDD):

(03) 3033-3824

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0638

CONTA:

33399

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo 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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herança (ver responder)?

☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Quimica, 23/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

05.802.494/0001-43
DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE LTDA

Rua da Vitoria, 175 - 5º andar
Boa Vista - CEP: 51.902-810
RECIFE-PE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000744 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JAIR JOSE DE SOUZA, 64 anos, BRASILEIRO(a), VIÚVO(a), RG nº 1.245.978 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 196.491.774-34, residente à AV B, nº 24, MARANGUAPE II, PAULISTA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/06/2019, por volta das 07:35 hs, no endereço: RODOVIA PE 22, S/N, MARANGUAPE II PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA POP HONDA, PRETA, KLV3183-PE; AUTOMÓVEL FIAT PALIO, PRETA, KID1891-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 038.528.344-06 e Registro Geral nº 6.038.731, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710231-3 LEMUEL. Foi transportado(a) para o HOSPITAL HAPVIDA ILHA DO LEITE. Registrado(a) com o prontuário nº 18168772. Ficou aos cuidados do médico BENJAMIN, registro 23263. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 25/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000744

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
04/07/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000013399-9

Nr. da Autenticação EACEC04DF196C95F

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000013399-9

Nr. da Autenticação E73C0C772262F576



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



005407



JACQUELINE SARAIVA DE SOUZA
B 24
MARANGUAPE II
PAULISTA - PE
53421.036



5013196987412370000000926330240619

REMETENTE

009386

INSS
AG DA PREVIDENCIA SOCIAL OLINDA
AV DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA 160 0
CASA CAIADA
OLINDA - PE
53130.410

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO

- ☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ AUSENTE
☐ FALECIDO

- ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO
☐ OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORME ATUADA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 SET 1997
Rua da Aurora, 109, 175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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 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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Lucas Mônica Maria Sepulveda
inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.411.374 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Joqueline Saraiva de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.528.344 / 06
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Joqueline Saraiva de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.528.344 / 06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>R. Fernandes Vieira</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>Id. Atlântico</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
Cep: <u>53140-300</u>	Tel. (DDD): <u>81 3011-3224</u>	
E-mail: <u>MRASSESSORIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>		

Local e Data: Olinda, 23.08.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

31905/4387



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 822 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 85

Eu, Ana Maria Viana de Carvalho
RG nº 9852843, data de expedição 28/07/13
Órgão SOSTe, portador do CPF nº 78460816400
com domicílio na cidade de Olinda, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av. Domador João de Sousa nº 600
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 Jaqueline Darcina de Sousa, cujo o condutor era Shirleyssuane Ferreira
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda Pop 100 Ano: 2008
Placa: WLV3183 Chassi: 9C24302108R034654
Data do Acidente: 01/06/19

Local e Data: OLINDA 19 DE SETEMBRO DE 2019.

2º
Carimbo

Ana Maria Viana de Carvalho
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23.557.779

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS DE OLINDA-PE
Tereza Tereza Nunes
Reconheço por Autenticidade a firma de ANA MARIA VIANA DE CARVALHO
Olinda, 19/09/2019 11:55:26. - Em testemunho da verdade.
ESCREVERES. Emol R\$ 3,50. TINA R\$ 0,40 FPM R\$ 0,40 FPM R\$ 0,40. Total 4,90. Consulte autenticidade em www.tje-pe.br/selodigital
Selo: 0158426.8XN09201901.01831



CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS
OLINDA-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

1421952721

JACQUELINE SARAIVA DE SOUSA

CPF: 036.538.344-26 **DATA NASCIMENTO: 26/02/1981**

PAIS: JORN DE SOUSA

SANDRA CRISTINA SARAIV
A DE SOUSA

PERMISSAO: 17/04/2017 **VALIDADE: 17/04/2017**

06827545473

1421952721

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

04 001 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803564392
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 1 608162755 RALHO: EXERCÍCIO: 2019

NOME: ANA MARIA VIANA DE CARVALHO

CLIMDA-PE

OFF/DIR: 784.608.164-00 PLACA: KLV3103

PLACA ANT./X: 888888/00 CHASSI: 9C2HBU021098024654

TIPO: 142 MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARKA/MODELO: HONDA/POE100 ANO/FAB: 2008/2008

CAP/POT/CS: 22/270L CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 17.04.2009 QUITADO VEIC. COTA ÚNICA: 1ª *****

FINANCIAMENTO: 2ª *****

PREMIO ANEXO (R\$): 40.81 PREMIO TOTAL (R\$): 28.02 DATA DE PAGAMENTO: 28/02/19

OBSERVAÇÕES: EM RESERVA

CLIMDA: Roberto F. J. Data: 05/04/19

SECRETARIA DE ESTADO DE TRANSPORTES E TRÁFICO

COMPANHIA DE SEGUROS PARTICULARES CAUVALDO POR VERGILIO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014803564392 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANA MARIA VIANA DE CARVALHO

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

CLIMDA-PE

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 05/04/19

VEICULO: 1 784.608.164-00 PLACA: KLV3103

MARKA/MODELO: HONDA/POE100

ANO/FAB: 2008/08 CHASSI: 9C2HBU021098024654

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO: 36.05 DE NATURAL (R\$): 4.01 CUSTO DO REGISTRO (R\$): 48.05

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.13 COT. (R\$): 0.22 CUSTO DO SEGURO (R\$): 24.00

PAGAMENTO: COTA ÚNICA FINANCIADO DATA DE QUOTACAO: 28/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.546.609/01-04

VERBAQUE E QUOTE - BILHETE DPVAT
CLIMDA-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04/01/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL: C
Boa Vista - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190514387 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 1/2/3/8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @12 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581923 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ANTERIOR INFRA PATELAR DO JOELHO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO E AUXÍLIO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA EM 1,5 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190514387
Nome do(a) Examinado(a): Jaqueline Saraiva de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida B, S/N
Maranguape II Paulista PE CEP: 53421-036
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6038731
Data local do acidente: [01/06/2019]
Data local do exame: [01/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE COM HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM PSEUDOARTROSE
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETA, APRESENTA ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>(X) "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356199/19

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

CPF: 038.528.344-06

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 01/06/2019

Titular do CPF: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA : 038.528.344-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Steffany Carolyn Lins Veloso