



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190674885 Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
---------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190674885 Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido , pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

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

Carta nº 15450098



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190674885 Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

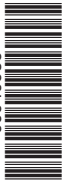
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido , pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva	Ouvidoria
--------------------------------------	---	-----------

[illegible]**CAIXA**

POUPANÇA DA CAIXA
poupança primeira do Brasil



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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 Valéria dos Santos Silva 6 - CPF: 624.532.624-91
7 - Profissão: Dona de casa 8 - Endereço: Rua Jaderion N. 40 9 - Número: 40 10 - Complemento:
11 - Bairro: Passarinho 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.172-130
15 - E-mail: maria.santos@pea13c.2019@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81

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: Maria Valéria dos Santos Silva
18 - CPF do Representante Legal: 624.532.624-91 19 - Profissão do Representante Legal: Dona de casa
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 9847328316
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☒ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (vol. resíduo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: Fernando F. F. M. Mendes
CPF: 920.064.934-34

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Vanessa Cristina S. Silva
CPF: 707.909.834-33

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ____



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

☒ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

M^{te} Valéria Das Santos Silva

6 - CPF:

624.232.624/91

7 - Profissão:

Dona de casa

8 - Endereço:

Rua Jandaia

9 - Número:

40

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Parqueourinho

12 - Cidade:

Ricardo

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52.370-330

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81935019739

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5067

CONTA: 0048000984133

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

31

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteira

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☒ Viúva

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:

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

707.909.834-35

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Valéria Cristina

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

38 - 1ª Nome: Valéria Cristina Das Santos

CPF: 707.909.834-35

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Paulo Vito

CPF: 892.645.734

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



9

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL -
OIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105000262**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/02/2019 às 11:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
ocorreu no dia 1/12/2018 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: RUA URIEL DE HOLANDA, 0001, LINHA DO TIRO - Bairro:
BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO
TERMINAL DO BREJO DE BEBERIBE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
REGINA DOS SANTOS Pai: SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS Data de Nascimento: 1/6/1968
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA JANDAIA, 40 - CEP: 55008-000 - Bairro: PASSARINHO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJE0305 (PERNAMBUCO/RECIFE)
Descrição: 125 CILINDRADAS.

Complemento / Observação

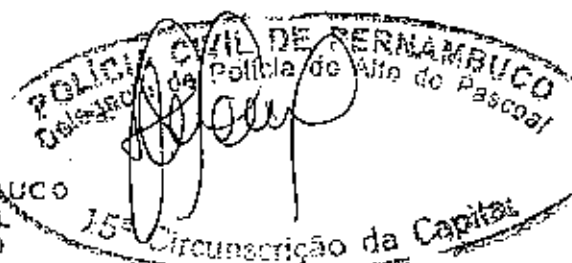
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA E DECLAROU QUE NO
LOCAL, NA DATA E HORA SUPRACITADOS, FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA HONDA
125 CILINDRADAS, COR PRETA, DE PLACA KJE0305, DO RECIFE-PE, PILOTADA POR PESSOA

NÃO IDENTIFICADA; QUE SOFREU EDEMAS NA FANTURILHA E TORNOZELO DA PERNA ESQUERDA, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA UPA DE NOVA DESCOBERTA, ASSINADO PELA MÉDICA MARILIA LIMA GOMES, CRM/PE 23646.

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

**MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **HAMILTON VIEIRA MOREIRA** - Matrícula: **360593-7**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 615ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL
DIMS/OESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0105000262

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/02/2019 às 11:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 1/12/2018 às 12:00

Fato ocorrido na endereço: RUA URIEL DE HOLANDA, 0001, LINHA DO TIJO - Bairro: REBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO, BRASIL - Conta de Referência: PRÓXIMO AO TERMINAL DO BREJO DE REBERIBE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE;
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Não se trata de propriedade), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino - Data de Nascimento: 10/10/66
Régina dos Santos foi SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS Data de Nascimento: 10/10/66
Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço: "Endereço" RUA JANGUATA, 40 - CEP: 55000-000 - Bairro: PASEARINHO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino, Nacionalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria Referência do Veículo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Modelo: KJE0309 (PERNAMBUCO/PE/CE)
Descrição: 125 CILINDRADA.

Complemento / Observação

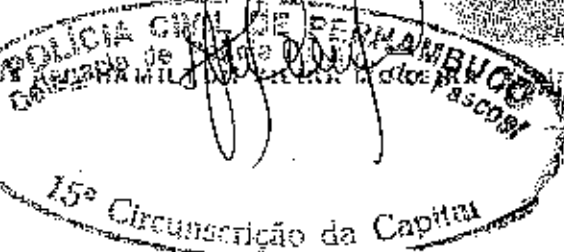
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA compareceu a esta delegacia e declarou que no local, na data e hora supracitadas, foi atropelada por uma motocicleta Honda 125 cilindradas, cor preta, de placa 855220, do Recife-PE, pilotada por pessoa

NÃO IDENTIFICADA, QUE SOFREU EDEMAS NA PANTURILHA E TORNOZELO DA PERNA ESQUERDA, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DA UPA DE NOVA DESCOBERTA, ASSINADO PELA MÉDICA MARILIA LIMA GOMES, CRM nº 23640.

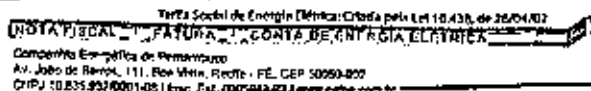
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)

5. O registro



350502-7



CONTA CONTABIL		SÉRIANO	
1922373010	10/2019		
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO DA FÉRMULA		
24/10/2019	18/11/2019		
TOTAL A PAGAR (R\$)		166,77	

03/10/2022	OrCa	17/10/2019
17/10/2018	2001832185	3288706

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Composto Alvo (KVA)	167,000000	0,81000000	135,37
Até 3000 Bandas e AMARELA			1,30
Até 3000 Bandas e VERDE, HA			4,30
Cartão: Livro: PUNÇÃO MÚLTIPLO			23,40
KMS Software 30-CDs 4R 073511 100-1808/16			1,00
KLAS por 40 350-1R 077513 104-1308/18			
JARDIM por 350-1R 077513 104-1808/18			
PRO-COMUNICA-108 13-12-8950 0000 03-1888			

Abstract

DEMONSTRATIVO DE CONSOLIDADO DE ATIVIDADES

ID DO RECORD	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		TPO DE ORA	CONSTANTE	AUSTE.	CONVULSO (MP)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000000	00	14.06.2014	12.162,00	14.10.2014	12.354,00	24	- 12.000		162,00

Transcription Factor Binding Sites

Year	Population
1970	152
1975	188
1980	150
1985	195
1990	195
1995	200
2000	187
2005	205
2010	204
2015	195
2020	187
2025	194
2030	185

	EST. DE CÁLCULO	%	VALOR EM R\$
ICMS	1.205,99	22,00	265,32
PIS	1.205,99	1,20	14,47
COTAXES	1.205,99	1,00	12,06

[illegible]

INFORMATION IMPORTANT

Page 1 of 10

[illegible]

2007-2008 年中国环境状况公报

CONCANTO	VALOR ABANDONO	VALOR INTERVAL	VALOR TEMPORAL	VALOR ALTERN
PARATEE	0.01	0.05	0.01	0.01
PAR	0.01	0.05	0.01	0.01
PARTE	0.01	0.05	0.01	0.01

1. <http://www.fishbase.org> 2. <http://www.fishbase.org>

2019年12月27日

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	inferior	superior
220	202	231

COMPACT



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
NOVA DESCOBERTA



M^{re} Valéria dos Santos Silva

Laudo / Fichas de acompanhamento.

Paciente de 50 anos, admitida neste serviço após atropelamento por motocicleta; urólise c/ urólite um MIE, porém sem fraturas à radiograf.

Dr. Sidney Ribeiro
Médico
CRM - RJ 24.649
03/07/18

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: Dr. Sidney Figueira UF: MG Nº: _____
Endereço Completo: CRPA - 24.649
Cidade: _____ UF: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Data: 03.11.18

Paciente: Maria Valéria 3ª. do Sr. Carlos

Endereço: _____

Prescrição: 1) Paracetamol 100 mg 20 cps.
1 caixa. 1/1 p. via oral, de 6x1 p. 1 dia.

Dr. Sidney Figueira
Médico
CRPA - 24.649
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.587.838 DATA DE EMISSÃO 16/01/2013

NOME << MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA >>

FILIAÇÃO << SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS >>
<< MARIA REGINA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 01/06/1968

DOC ORIGEM << CC 1701, L-6-7, FL-101, CART. 150 >>

DIST RECIFE-PE 16.02.2005, >>

CPF 475

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83

F-53 28.196 - 4422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES FILHO

EC-3

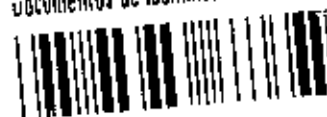
ENCADENADO

NÃO ALFABETIZADA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
624.532.624-91

Nome
MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Nascimento
01/06/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
2393.1DBF.2B36.1E20

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:12:50 do dia 08/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 15751/2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015A. CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO PASCOAL
Ofício nº. 059/2019 Data 10/4/2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015A. CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 08:02 do dia 10 de Abril de 2019, na Seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **MARIA VALÉRIA DOS SANTOS SILVA** filho(a) de **SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS** e de **MARIA REGINA DOS SANTOS**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Feminino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Viúvo (a)**, apresentando a idade de **50 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado: **RG: 3587838**, profissão **DO LAR**, endereço **RUA JANDAIA, nº 40**, complemento: **NÃO INFORMADO**, bairro **PASSARINHO**, telefone/s **NÃO INFORMADO**, **RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estas questões:

HISTÓRICO:

Pericianda informa ter sofrido atropelamento por moto em 01/12/2018, sofrendo traumatismo na perna esquerda. Teve atendimento médico na UPA 24h Nova Descoberta/Maria Lucinda e de lá transferência para o Hospital Getúlio Vargas-SUS-PE nesta cidade; com suspeita de trombose venosa profunda de membro inferior esquerdo, não trazendo consigo nenhuma Documentação Médica relacionada.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Pericianda informa ter problemas de circulação em membros inferiores com doença vascular periférica desde os 15 anos de vida. Apresenta estigmas clássicos de doença vascular periférica com edema crônico, varizes em perna e coxa esquerdas. Antecedente de úlcera vascular em perna esquerda. Informa ainda, verbalmente antecedente de cirurgia vascular para tratamento de varizes em membros inferiores.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do quadro clínico apresentado bem como a documentação médica a mim apresentada é possível a este expert, concluir que a pericianda é portadora de sequela de doença vascular periférica em membro inferior esquerdo, não sendo porém possível o estabelecimento do nexo causal/temporal do quadro clínico apresentado e o acidente referido.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sem elementos.

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Prejudicado.

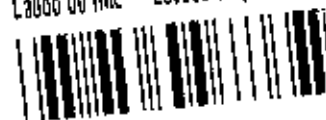
3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Prejudicado.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Prejudicado.

Lauda do IML - Lesões corporais



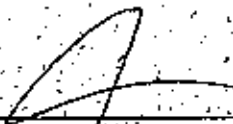


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. CICERO HELENO ALBUQUERQUE FEITOSA.
- CRM 11253


Perito responsável

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
EXAME DE AUTÓPSIA Nº 1002
Nº 1002-002
15/10/19

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**Seguradora Unificada**
Consórcios do Seguro DPVAT**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0431144/19

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 624.532.624-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2018

Titular do CPF: MARIA VALERIA DOS
SANTOS SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS**Sinistro**

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA : 624.532.624-91

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: 03/12/2019
Nome: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
CPF: 624.532.624-91

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

DATA DO ACIDENTE 01/12/18 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 624.532.624-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 624.532.624-91

E-mail JANESSA.SANTOS.SILVA@GMAIL.COM Tel: (11) 98446-0812

Data _____ Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) CO MEUS

Atendente JEANETE ALVES SILVA DE LIMA Matrícula 99000744

Data: 25.11.19 Assinatura: _____

CC1 - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS

Ag: 423941 - AGF BAIRRO D'ARRUDA

RECIFE

- PE

CNPJ...: 03284947000160 Ins Est.: 051011905

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU

CNPJ/CPF.....: 09248508000104

Doc. Post.....: 62267655

Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709

Cartão...: 62267655

Movimento...: 25/11/2019 Hora.....: 12:58:36

Caixa.....: 94376716 Matrícula...: 9750*****

Lancamento...: 012 Atendimento: 00008

Modalidade...: A Faturar 10 Tiquete...: 1739673236

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+

Valor do Porte(R\$)...: 24,78

Peso real (G).....: 95

Peso Tarifado.....: 0,095

CNPJ/CPF Remet : 62453262491

Nome Remetente...: maria valeria dos santos s

Cont. Nome.....: ilva

Endereco Remet...: RUA Rua Jandaia (Vl N S da

Cont Endereco...: Conceição), 40 (Vl N S da

Cep Remetente...: 52170-130

Cidade Remet...: RECIFE

UF Remet.....: PE

POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
---------------------	---	--------

Valor do Porte(R\$)...: 30,43

Cep Destino: 20311-904 (RJ)

Peso real (G).....: 95

Peso Tarifado.....: 0,095

OBJETO=====> 00093065491BR

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)

No caso de objeto com valor,

utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as tarifas vigentes atuais

Nome:

Ass. Responsável:

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LFI 6539/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete

deste comprovante, para eventual contato com

os Correios.

VIA-AGENCIA

SARA 7,9,02

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431144/19

Número do Sinistro: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 624.532.624-91

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA VALERIA DOS
SANTOS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA : 624.532.624-91

Autorização de pagamento

Outros



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

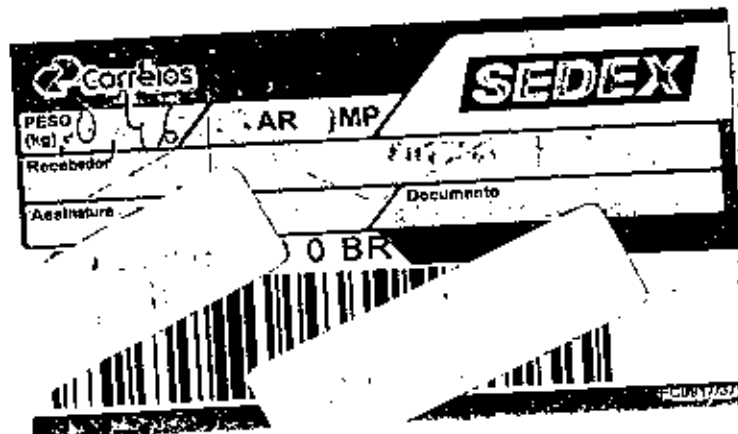
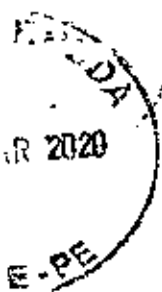
Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
CPF: 624.532.624-91

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



NO
ER - DPVAT

NE / Phone Number	
DPVAT 0800 0221204	
te	PAÍS / Country
	BRASIL

ATENDIMENTO





Seguradora Líder

POSTAGEM
SEGURADO

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



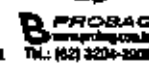
[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

endg: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
maria valeria dos santos Silva		81.985019739	
ENDEREÇO / Address		(081) 9 8501 9739	
R. mo Sadaia N. 40		Paranaguá	
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
52170130	Recife	PE	



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEV
☐ MU
☐ REC
☐ DES
☐ NA
☐ AL
TEN
1°
☐ In
☐ Ri
☐ Re
Data:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431144/19

Número do Sinistro: 3190674885

Vítima: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 624.532.624-91

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA : 624.532.624-91

Autorização de pagamento

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: 20/01/2020
Nome: MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA
CPF: 624.532.624-91

MARIA VALERIA DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS