
Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220009139

Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Data do Acidente: 04/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220009139

Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Data do Acidente: 04/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 00000388

Conta: 000785466493-6

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: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.683.554-57 4 - Nome completo da vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR) - CIRCULAR SUSEP Nº 617/2021

5 - Nome completo: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES 6 - CPF: 048.683.554-57
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MASSARANDUBA COSTA PINTO 9 - Número: 634 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SOLANEA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58225000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CUIDADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do B/N/C: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 3612 0 AGÊNCIA: CONTA:

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascentes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 11/02/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dec. man. e

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.683.554-57 4 - Nome completo da vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR) - CIRCULAR SUSEP Nº 617/2021

5 - Nome completo: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES 6 - CPF: 048.683.554-57
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MASSARANDUBA COSTA PINTO 9 - Número: 634 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SOLANEA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58225000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CUIDADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do B/N: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 3612 0 AGÊNCIA: CONTA: (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascentes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 11/02/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dec. man. e

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00891.01.2021.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00891.01.2021.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:18 horas do dia 17 de dezembro de 2021, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Andréa Melo de Lima, matrícula 1556568, e lavrado por Alexandre José Nunes do Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Benedita Rodrigues das Neves**, conhecido(a) por Maria, CPF nº 048.683.554-57, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Josefa Luiza da Conceição e Antonio Rodrigues das Neves Neto, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/11/1965 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) na Rua Massaranduba Costa Pinto, Nº 654, complemento CASA NA QUADRA Nº. 01 NA LOCALIDADE DE MASSILON DO COSMO PINTO, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo da C.A. da Paraíba, na cidade de Solânea/PB, telefone (s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João Fernando de Lima, nº S/N, Via Pública, Próximo do Frigorífico de Dona Suely, Solânea/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/02/20 12:48h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, tipo de veículo MOTOCICLETA, UF: PB, características gerais: Veículo Não Identificado Em Suas Características Principais e Nem o Condutor da Mesma.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA A DECLARANTE QUE QUANDO ESTAVA SAINDO DA CASA DA SUA IRMÃ PARA A SUA RESIDÊNCIA PILOTANDO A SUA BICICLETA NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE BICICLETÍSTICO AO SER ATROPELADO POR UM VEÍCULO DO TIPO MOTOCICLETA QUE COLIDIU COM A PARTE TRASEIRA DO SEU VEÍCULO APÓS ADENTRAR NA VIA DE ROLAMENTO EM QUE ESTAVA A DECLARANTE SEM DAR QUALQUER TIPO DE SINALIZAÇÃO E QUE ESTE VEÍCULO NÃO FOI IDENTIFICADO EM SUAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, SENDO QUE APÓS ESTA COLISÃO, A DECLARANTE VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SÉRIAMENTE, E QUE A DECLARANTE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTE AO CASO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO A DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUZ, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.



Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Lucena/PB, 17 de dezembro de 2021.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.683.554-57 4 - Nome completo da vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR) - CIRCULAR SUSEP Nº 617/2021

5 - Nome completo: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES 6 - CPF: 048.683.554-57
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MASSARANDUBA COSTA PINTO 9 - Número: 634 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SOLANEA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58225000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CUIDADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do 3º/4º Digito: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 3612 0 AGÊNCIA: CONTA: (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascentes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 11/02/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/03/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8100248

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00388

CONTA: 000785466493

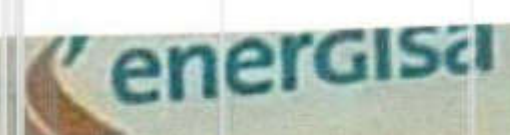
Número da Autenticação

79A83946B4B6F716

REPRESENTA INSTITUICAO DAS FIEVEIS
RUA MARCOS LUIZ DA SILVA, 854 / QUADRA 01 LOTE 09 - CENT
SOLANEA / PILCEP 58225000 (AO 44)

CPF/CNPJ: 04.748.883/0001-57

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classif: RES MTC B1 / Subclasse: EIA/CA/RENCA
Ligação: MONOFÁSICO
Número: 4 - 44 - 25 - 4620 1º Medidor: 00009301757



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
569014-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015690142



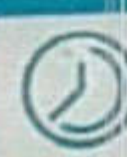
VALOR DA FATURA
R\$ 22,46



VENCIMENTO
16/03/2021



REFERÊNCIA
Mar / 2021



CONSUMO
54kWh
1,54 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO									
CC	Descrição	Quant	Tarifa e Tributos	Valor Base Total (R\$)	ICMS (R\$)	Outros (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0001	Consumo até 30kWh BR	30	0,194070	5,82	0,00	0	0,00	5,82	0,04
0001	Consumo 31 a 100kWh BR	24	0,300700	7,96	0,00	0	0,00	7,96	0,06
0001	Adic. B Amarela			0,33	0,00	0	0,00	0,33	0,00
0010	Subsidio			16,54	0,00	0	0,00	16,54	0,11
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			7,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			15,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0000	Dedução do Subsidio								



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel Floriano Pereira, 4700 - Mairimás, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/02/2020

Data: 04/02/2020

Paciente: BENEDITA RODRIGUES DA SNEVES Idade: 054 N° ATEND: 2099100

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO

DATA: 04/02/2020 HORA: 12:50:24

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE BICICLETA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (X) SIM () NÃO HAS (X) SIM () NÃO
DEF. MOTORA / SETA / V. MÃO

ALERGIAS: CAPRO

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ERGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

12:50:24
04/02/2020
Benedita Rodrigues da SNEVES



Número do Prontuário: 180665

DATA DA CIRURGIA: 10/02/2020

Número do Atendimento: 2099143 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 7 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: BENEDITA RODRIGUES DA SNEVES

Data da Internação: 04/02/2020

Atendimento: 2099143

Diagnostico Pré-Operatório: FX RADIO DISTAL E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 10/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: THIAGO

Anestesista: MARCILIO

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MSE

3- CAMPOS ESTÊREIS

4- INCISÃO LONGITUDINAL TERÇO DISTAL PUNHO ESQ. DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS;

5- REDUÇÃO CRUENTA DA FRAJURA;

6. FIXAÇÃO COM PLACA EM T 3,5 MM, PARAFUSOS CORTICAIS E 1 FIO K 2,0, SOB ESCÓPIA

7. IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%

8. REVISÃO HEMOSTÁTICA

9. SUTURA

10. CURATIVO

Data 10/02/2020

DIAGNÓSTICO
MÉDICO
BATERIA

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Benedita Rodrigues das Neves D.N. 08-11-1965

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

TTO - Cirurgico / Paralelo

CIRURGIÃO

Dr. Evandro - Dr. Ricardo

ANESTESIA

USE

ANESTESIA

Dr. Marcello

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

Thiago

10/02/19

09h.50'

10h.50'

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp	01	Calei p. Oxi		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp		Catet. De Unnar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	25	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp		Compressa Pequena		Catgut Simples	
01	Desalina amp		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
01	Efrase ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	Holal ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp		Equipo de Sangue		io de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp		Equipo de PVC		io de Algodrão Sertix	
	Prosigmine amp	0.5	Espiracraço Largo cm		io de Algodrão Sutupak	
01	Protóxido l/m		Furacim ml		io de Algodrão Sutupak	
	Quelich ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		ila cardiaca	
	Rapifen amp		H O. ml	09	Mononylon 2.0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Trachum amp		Intracath infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
09	Água Destilada amp		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Diprona amp	09	Luvas 7.0		icryl Sertix	
	Flaricil amp	05	Luvas 7.5		icryl Sertix	
	Flebocort amp		Luvas 8.0		icryl Sertix	
	Geramicina amp	0.5	Luvas 8.5 Proc.	01	io de Xefimocet 2.0	
	Glicose amp	3.0	Oxigênio l/m			
	Glucop de Cálcio amp		Poiflix			
	Haemacel ml	0.5	PVPi Degemante ml			
	Heparina ml		PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp	0.5	Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
01	Lasix amp	01	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasi amp	04	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringz fr 500 ml	
	Protamina	01	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml	
	Renivan amp		Sonda			
	Stupanon amp		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefactina 1g		Sonda Nasogástrica			
			Sonda Uretral n°	01		
			Sterychem ml	02		
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
02	Aguha desc. 26 x 25	01	Latex			
	Aguha desc. 3 x 4.5	05				
03	Alcool de Enfermagem	03				
	Alcool Iodado ml	03				
02	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- () Oxímetro de Pulso
- () Foco Auxiliar
- () Terra
- () Eletrocautério
- () Desfibrilador
- () Oxímetro
- () Foco Frontal
- () Cardiomonitor
- () Fonte de Luz
- () Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Marcelo José L. Claudino
Téc. Enfermagem
COREN-PB 25074

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Benedita Rodrigues das Neves	Idade:	54 A
Convênio:	Sus	Data:	10/02/20
Procedimento:	Trat. Cirurgico e / fixação de fratura de Rádio distal		
Cirurgião:	Dr. Crebom	Auxiliar:	Dr. Ricardo
		Anestesista:	Dr. Marcelo
Início:	09h:50	Término:	10:50
		Anestesia:	Brogua de flexão

[illegible][illegible][illegible]

Médico Responsável

PARAIBA
Governo do EstadoPARAIBA
CAMPINA GRANDE

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: BENEDITA RODRIGUES DA SNEVES

Data da Internação: 04/02/2020

Data da Alta: 11/02/2020

Registro: 2099143

Tempo de Permanência: -18297

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 10/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: PESCUREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 6/6H PO 06 DIAS

Medicações para Casa: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, ATESTADO MÉDICO, PESCUREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 6/6H PO 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data 11/02/2020

Assinatura: 
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM 10.148/1-148/2016
C.R.O. 10.148/2016

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Benedicto Rodrigues das Neves</u>	Idade: <u>54 A</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>10/02/20</u>
Procedimento: <u>Trat. Cirurgico e/fixação de fratura de Rádio distal</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Erickson</u>	Auxiliar: <u>Dr. Ricardo</u>
Anestesista: <u>Dr. Marcelo</u>	
Início: <u>09h:50</u>	Término: <u>10:50</u>
Anestesia: <u>Brogueira de Flexão</u>	

[illegible][illegible][illegible]



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: BENEDITA RODRIGUES DA SNEVES

Data da Internação: 04/02/2020

Data da Alta:11/02/2020

Registro:2099143

Tempo de Permanência:-18297

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia:OSTEOSINTESE

Data: 10/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

AUXÍLIO EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

AUX 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: PESCAREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 6/6H PO 06 DIAS

Medicações para Casa::SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, ATESTADO MÉDICO, PESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 6/6H PO 06 DIAS

Condições de Alta::Melhorado

Data 11/02/2020

Assinatura: Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA DA DEFESA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

2.121.582 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 18/06/2010
BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

FILIAÇÃO ANTONIO RODRIGUES DAS NEVES NETO
JOSEFA LUISA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
SOLÂNEA-PB

DOC ORIGEM NASC.N.16220 PLS.058V LIV.A-15
CARTÓRIO SOLÂNEA-PB.

CPF 048.683.554-51

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA DA DEFESA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

DI. 135

CARTÃO DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220009139 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES **Data do acidente:** 04/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.4
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220009139 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES **Data do acidente:** 04/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.4
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005636/22

Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

CPF: 048.683.554-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES : 048.683.554-57

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: 11/02/2022
Nome: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES
CPF: 048.683.554-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2022
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.683.554-57 4 - Nome completo da vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES 6 - CPF: 048.683.554-57
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MASSARANDUBA COSTA PINTO 9 - Número: 654 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SOLANEA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58225-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0388 CONTA: 785466493 6

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SOLANEA, 21/03/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)