

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0034441

Prontuário: 00023466-4

Idade: 22 ANOS, 5 MESES E 28 DIAS

Nome: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAÚJO

Dt. Nasc.: 18/12/1996 Sexo: F Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: AVENIDA ESTÁCIO COIMBRA, Nº 255

Cidade: CARPINA/PE

Bairro: CENTRO

Documento:

CNS:

Sisprenatal:

CEP:

Nac: BRASIL

Pai:

Tel.:

Responsável:

Mãe: TARCIANA MERY DOS SANTOS

Profissão: AUTÔNOMA

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
15/06/2019 20:41	0034441	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Paciente vítima de acidente moto carro,
Paciente vitimado, sem 99% FC: 68 bpm,
Paciente calma, ECG 15, via oral frívola.
AR: NÚC AM STRA
ACV: RCR 27 FC 68 bpm
Adm. pulm em sinais de náuseas
Unidade
EU: pulso, paros e tatis
TA: 120/80

Tratamento

3) Injeção de 1ml
Camila Oliveira Ricardo
COREN - PE 451312 - ENF

Médica
CRM-PE 28293

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Sábado, 15 de Junho de 2019 às 20:41

Recepcionista: JACIARA AQUINO

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		MÉDICO / CRM	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
		ARJANA REGISTRADOR 2.0 SET 2019	

RECEITUÁRIO

RAYSSA SANTOS DARDENNE de Araújo
vítima de acidente com moto no
Dia 15/06/19. teve trauma em
MIE, tendo ferimento contuso +
ruptura do tendão Patelar e.
foi submetida a uma tenorra-
fia (cirurgia) e/ou reconstrução de
ligamento Patelar + sutura de
partes moles. Após o trauma, en-
contra-se com limitação fun-
cional + de bidade de P/O MIE,
devido a gravidade da lesão,
deixando sequelas.

Ata Médica

(cid-583)

12/9/19

Dr. Jorge Vasconcelos
Médico
CRM 4428/PE

ARUANA SEGURODORA
26 SET 2019

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

LAUDO MÉDICO

✓ Atesto para os devidos fins que o paciente RAYSSA SANTOS DARDEME DE ARAUJO esteve internado no setor de Traumatologia-Ortopedia deste serviço de 16/06/19 ao dia 28/06/19 para tratamento médico-hospitalar.

DIAGNÓSTICO: RUPTURA PARACIAL DE TENDÃO PATELAR
CID: T135

CIRURGIA:

16/06/19: LMC+SUTURA + TALA

26/06/19: TENORRAFIA DE TENDÃO PATELAR

AFASTAMENTO A CRITÉRIO DO MÉDICO PERITO.

Recife, 28/06/19

Dr. Anderson
Médico
CRM PE: 27767

ARUANA SEGURADORA

26 SET. 2019



RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO		01122590	
734591	FEMININO	22a 6m 9d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

___ **Diagnóstico:** _____

HDA: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

HD: FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO+LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR ESQUERDO

___ **Tratamento:** _____

16/06/19: LMC+SUTURA + TALA (DR BRUNO)

26/06/19: TENORRAFIA DE TENDÃO PATELAR (DR CRISTIAN)

___ **OBS:** _____

ALTA MEDICA + RECEITA DE CEFALEXINA + RETORNO PARA DR CRISTIAN EM AMBULATÓRIO APÓS 7 DIAS

___ **Condições Clínicas (no momento da Alta)** _____

MELHORADA

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
16/06/2019	28/06/2019

Recife, 28 DE JUNHO DE 2019

Dr. André Cândia
CRM: 27767

ANDRE CANCIO DE OLIVEIRA AMORIM - CRM: Nº.27767





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



PARECER

NOME:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

DA CLÍNICA:

A CLÍNICA:

MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SÍNTOMAS DO ENFERMO)

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

PARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

fisioterapeuta

Dra. Milenna Lima

Declaração

Declaro para os devidos fins que RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAÚJO, inscrito no RG sob o nº 9.600.742 SDS/PE foi vítima de acidente de trânsito no dia 15/06/2019 sofrendo trauma no joelho esquerdo tendo realizado 40 sessões de fisioterapia FISIOTERAPIA MOTORA PÓS OPERATÓRIA, TENORRAFIA DE TENDÃO PATELAR ESQUERDO, do qual após alta fisioterápica continua apresentando limitação funcional do joelho esquerdo + debilidade funcional do MIE.

Carolina 16 SETEMBRO de 2019

Milenna Lima
Fisioterapeuta
CREFITO: 238288-F

MILENNA HELLEN DE LIMA SILVA

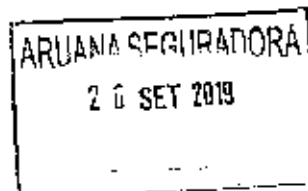
FISIOTERAPEUTA

CREFITO 238288 – F

CONTATOS:

(81) 9.9950-5111

E-MAIL: milenna-fisio@outlook.com



Rua José Pimentel nº131, São Sebastião, Carolina/PE

26 SET 2019

PREFEITURA DE
MACAPARANA

Compromisso para Reconstruir

SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Dr. Antonio Xavier, s/n. —

CEP: 55.865-000 Macaparána - PE —

CNPJ: 11.361.888/0001-04

Fone: (81) 3639-1156

www.macaparana.com.br

RECEITUÁRIO

RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAÚJO
 VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 DIA 15/06/19. AVEU TRAUMA EM
 MIE, SENDO FERIMENTO CONDUZIDO +
 RUPTURA DO TENDÃO PATELAR E.
 FOI SUBMETIDA A UMA GENORRA-
 FIA (CIRURGIA) P/ RECONSTITUIÇÃO DO
 LIGAMENTO PATELAR + SUTURA DO
 PARTES MOLES. APÓS O TRAUMA, EN-
 CONTAR-SE COM LIMITAÇÃO FUN-
 CIONAL + DE BILIDADE P/O MIE,
 DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO.
 CERTANDO SEQUÊNCIAS.



Alta Médica

(cid-583)

12/09/19

Dr. Jorge Vasconcelos
 Médico
 CRM 4428/PE

12/09/2019
 Recebido
 Cód. 00-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		ESTADO DE PERNAMBUCO		M. 01	
		SECRETARIA DE INTERIA NORAL		15	
		INSTITUTO DE IDENTIFICACAO FAVARIS BORG			
					
POLESCIRENT					
				ASSINATURA	
				<i>Ruyves</i>	
				CARTEIRA DE IDENTIDADE	

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
119.463.594-67

Nome
RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

Nascimento
18/12/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014484927230

VIA COD. RENAVAM RNTG EXERCÍCIO

NOME

PLACA

CHASSI

COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO

CAP / POT / CIL

COTA ÚNICA

FAIXA (PVA)

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DATA

ARUANA SEGURO

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

PE Nº 014484927230 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA COD. RENAVAM RNTG EXERCÍCIO

NOME

PLACA

CHASSI

COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO

CAP / POT / CIL

COTA ÚNICA

FAIXA (PVA)

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO


OBSERVAÇÕES

DATA

ARUANA SEGURO

ARUANA SEGURO
26 SET 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326917/19

Vítima: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

CPF: 119.463.594-67

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAYSSA SANTOS
DARDENNE DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

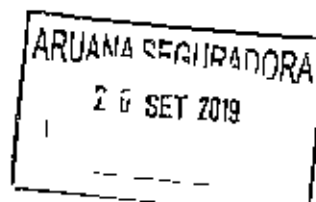
Sinistro

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

3390543287

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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



RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO : 119.463.594-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Nathalia Gabriela Ferreira de Souza

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543787 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM RUPTURA DE TENDÃO PATELAR

Descrição do exame físico: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A CERCA DE 80 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAU MÉDIO, DISCRETA ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++++), PRESENÇA DE CICATRIZ LOCAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, TENORRAFIA, FISIOTERAPIA.
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO
DATA DA ALTA: 12/09/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 joelho	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: 3190543787 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM RUPTURA DE TENDÃO PATELAR

Descrição do exame físico: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A CERCA DE 80 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAU MÉDIO, DISCRETA ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++++), PRESENÇA DE CICATRIZ LOCAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, TENORRAFIA, FISIOTERAPIA.
EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO
DATA DA ALTA: 12/09/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 joelho	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: 3190543787 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO PATELAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um joelho	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: 3190543787 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO PATELAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190543787
Nome do(a) Examinado(a): Rayssa Santos Dardenne de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): Av Estacio Coimbra, Av Estacio Coimbra, S/N
Centro Carpina PE CEP: 55818-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9600742
Data local do acidente: [15/06/2019]
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:
FERIMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM RUPTURA DE TENDÃO PATELAR
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TENORRAFIA, FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO
Data da Alta: 12/09/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO, REALIZA FLEXÃO A CERCA DE 80 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAU MEDIO, DISCRETA ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++++), PRESENÇA DE CICATRIZ LOCAL.
- IV. Nexa 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)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE GRAU MEDIO DE JOELHO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR.
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>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em 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 (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% 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

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543787

Vítima: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543787

Vítima: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

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, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543787

Vítima: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

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 joelho 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: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001242

Conta: 0000078095-3

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&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUBSISTENTES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS:

3 - CPF da vítima

119.463.594-67

4 - Nome completo da vítima

RAVSSA SANTOS DANDENNE DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

RAVSSA SANTOS DANDENNE DE ARAUJO

6 - CPF

119.463.594-67

7 - Profissão:

Mão Posse

8 - Endereço:

AV. ESTÁDIO COIMBRA

9 - Número:

55815-000

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Carriina

13 - Estado:

XG

14 - CEP

55815-000

15 - E-mail:

819253-2981

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 (PAI, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPEANCA (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: 1242

CONTA: 78095

3

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

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

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

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

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

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

Relo 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 do 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.

ARQUIVADO

20 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no 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 nascituro(a) nascido(a)?

☐ 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 proverem 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

Carriina 16/09/2019

X RAVSSA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1920137001572

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/07/2019 às
19:14

Complemento e 30 Número: 1920137001571 ✓

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 13/8/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA BR-468 -
Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de
Referência: EM FRENTE A DIVERSA
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LARYSSA LORENA DE OLIVEIRA (OUTRO)
LUCAS BRANDON DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
LUCAS BRANDON DOS SANTOS SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

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

LARYSSA LORENA DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: TACIANA NERY DOS SANTOS Pai: GUSTAVO DARDENNE DE ARAUJO Data
do Nascimento: 13/12/1993 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
0000742/SDS/PE (RG), 11946359487 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª,
GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares:
- 9930556107

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARPINA, 255, AV. ESTACIO COIMBRA - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

LUCAS BRANDON DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo
 Masculino Mãe: CELIA MARIA DOS SANTOS SILVA Pai: NEVENINO PEREIRA DOS
 SANTOS SILVA Data de Nascimento: 26/04/1995 Naturalidade: LAGOA DO CARRO /
 PERNAMBUCO (BRASIL Estado Civil: ANUZIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARPINA, 215, AV. ESTACIO CONJURA - CEP: 9 -
 Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LARYSSA LORENA DE
 OLIVEIRA, que estava em posse do(s) Sr(a): LUCAS BRANDON DOS SANTOS SILVA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ES Objeto apreendido: Não
 Cor: ROXA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFG6223 (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: 484192778 Chassi: 503K51526C0115548
 Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: GASOLINA

FIAT (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)
 Sr(a): DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/UNO Objeto apreendido: Não
 Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

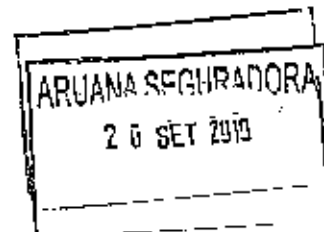
Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA DE PLACA
 PFG-6223 NA VIA EM TELA CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO LUCAS BRANDON DOS
 SANTOS SILVA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA E CONDUTOR DESCONHECIDO
 ACABOU COLIDINDO LATERALMENTE NA MOTOCICLETA E ACABOU DERRUBANDO
 AMBOS AO CHÃO. A VÍTIMA INFORMA TER SIDO PELA EQUIPE DO CORPO DE
 BOMBEIROS PARA O HOSPITAL LOCAL, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA
 PARA O HOSPITAL BERTUZZO VARGAS EM RECIFE ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA
 NA PERNA ESQUERDA.

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

Rayssa Santos Dardenne de Araújo
 RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAÚJO
 (VÍTIMA)

Lucas Brandon dos Santos Silva
 LUCAS BRANDON DOS SANTOS SILVA
 (OUTRO)



B.O. registrado por: JOSE RICARDO RAMOS DE ANDRADE - Matrícula: 319717-4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 47ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47PCIRC DINTER/11ªDEREC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1950137001571

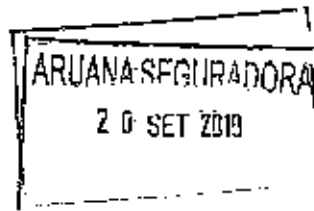
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/07/2019 às
19:07

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 15/08/2019 no período da Noite

Fato ocorrido na endereço: MUNICÍPIO DE CARPINA, R. RODOVIA BR-432 -
Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Posto de
Referência: EM FRENTE A DIVISA
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE,
LUCAS BRANDO DOS SANTOS SILVA (OUTRO);
RAYSSA LOPES DE OLIVEIRA (OUTRO);
RAYSSA SANTIN GARDENNE DE ARAUJO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(s) Sr(s).
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(s) Sr(s).
LUCAS BRANDO DOS SANTOS SILVA

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

RAYSSA SANTIN GARDENNE DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Nome: TACIANA MERY DOS SANTOS PAI: GUSTAVO GARDENNE DE ARAUJO Data
do Nascimento: 18/12/1999 Nacionalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento:
9699742/3DS/PE (RG) 11066355497 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Grau: 2º GRAU
COMPLETO Proibição: AUTONOMO(A) Telefones Celulares:
336603187

Endereço Residência: MUNICÍPIO DE CARPINA, 255, AV. ESTÁGIO COIMBRA - CEP: 6 -
Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LUCAS BRANDO DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nome:
RAYSSA SANTIN GARDENNE DE ARAUJO PAI: GUSTAVO GARDENNE DE ARAUJO Data
do Nascimento: 18/12/1999 Nacionalidade: LULA DO SANTO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento:
AMASSADO(A) Excluído(a): 2º GRAU COMPLETO
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE CARPINA, 255, AV. ESTÁGIO COIMBRA - CEP: 6 -

Boletim de Circulação

[Relatório Gerado pelo Sistema de Registro de Boletins]

Bairro: CENTRO - CARPINÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

LARYSSA LORENA DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Nacionalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): LARYSSA LORENA DE OLIVEIRA, que estava em posse do(s) Sr(s): LUCAS BRANCO DOS SANTOS SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 : ED Objeto apreendido: Não
Cor: ROXA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFG2213 (PERNAMBUCO/ARFIMA) Renavam: 434562773 Chassi: 600KE432206115546
Ano/Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: GASOLINA

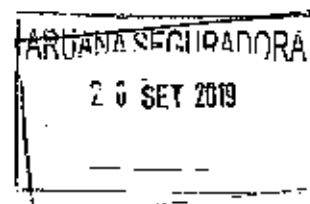
FIAT (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/UNO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA DE PLACA PFG-2213 NA VIA EM TELA CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO LUCAS BRANCO DOS SANTOS SILVA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA E CONDUTOR DESCONHECIDO ACABOU COLINDO LATERALMENTE NA MOTOCICLETA E ACABOU DERRUBANDO AMBOS AO CHÃO, A VITIMA INFORMAR TER SIDO PELA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL LOCAL, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GENTILIO VARDAS EM RESIDE ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA NA PERNA ESQUERDA.

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

X Rayssa Santos Dardenne de Araujo
RAYSSA SANTIS DARDENNE DE ARAUJO
(VITIMA)
X Lucas Brancos dos Santos Silva
LUCAS BRANCO DOS SANTOS SILVA
(OUTRO)



S.O. registrado por: JOSE RIGANDE RANOS DE ANURADE - Matrícula: 315717-4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUBSISTENTES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS:

3 - CPF da vítima

119.463.594-67

4 - Nome completo da vítima

RAVSSA SANTOS DANDENNE DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

RAVSSA SANTOS DANDENNE DE ARAUJO

6 - CPF

119.463.594-67

7 - Profissão:

Mão Posse

8 - Endereço:

AV. ESTÁDIO COIMBRA

9 - Número:

55815-000

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Carriina

13 - Estado:

MG

14 - CEP

55815-000

15 - E-mail:

819253-2981

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 (PAI, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPEANCA (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: 1242

CONTA: 78095

3

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

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

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

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

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

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

Relo 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.

ARQUIVADO

20 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no 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

nascituro (a) nascido?

☐ 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 proverem 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

Carriina 16/09/2019

X RAVSSA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado de Pernambuco

Secretaria de Defesa Social

Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco

CBMPE - 7º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS

Av. Conselheiro João Alfredo, nº 391, - Bairro Santa Cruz, Carpina/PE



Carpina-PE, 19 de junho de 2019

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 34 / 2019 Div. Op. - CBMPE - 7ºGB

O TenCel QOC/BM Edson Marconni Almeida da Silva, Comandante do 7º Grupamento de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. Gustavo Dardenne Araujo Gomes de Holanda, RG. nº 5.482.068 - SDS/PE, residente à Avenida Presidente Gustavo Vargas, nº 318, bairro Santa Cruz, Carpina - PE, delegou à Divisão de Operações que procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, onde consta que: no dia 15 de junho de 2019, às 20h18min, o Corpo de Bombeiros foi acionado para atender vítimas de uma colisão veicular envolvendo uma motocicleta Yamaha, na cor azul, placa PFS - 5289, sito a BR - 408, bairro Novo, Carpina - PE. No local os bombeiros militares identificaram e prestaram assistência pré-hospitalar a Sra. Rayssa Santos Dardenne de Araujo, RG. nº 9.600.742 - SDS/PE, residente à Avenida Estácio Coimbra, nº 255, bairro Centro, Carpina - PE, que apresentava um ferimento no membro inferior esquerdo. A vítima foi conduzida para Unidade Mista Assis Chateaubriand, Carpina-PE, onde deu entrada com o prontuário nº 23.466 - 4, ficando sob os cuidados do Dr. Áttila Alves, CRM - 21.970. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros e relatórios da ocorrência, arquivados na 1ª SB do 7º Grupamento de Bombeiros, segue assinado por mim, Major QOC/BM 960010-8 ARIANO MENDONÇA LUNA, chefe da Divisão de Operações.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000048.000003/2019-13



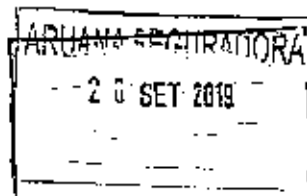
Documento assinado eletronicamente por EDSON MARCONNI ALMEIDA DA SILVA, em 19/06/2019, às 14:57, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por Ariano Mendonça Luna, em 26/06/2019, às 18:45, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2404924 e o código CRC 60415E8C.



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: 04/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAYSSA SANTOS DARDENNE DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000078095-3

Nr. da Autenticação 293257DE3A4F86F6

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

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



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALZIRA SANTIAGO DE ARAUJO

CPF: 528.883.204-87

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV ESTACIO COIMBRA 255

CENTRO/CARPINA
55815-000 CARPINA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

02/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

21,20

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

075715728

CONTA CONTRATO

000253304022

Nº DO CLIENTE

2000129558

Nº DA INSTALAÇÃO

0000766909

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

032F.1D78.D1E4.313D.AA7B.6CCD.CA91.1C3E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,57539541	17,26
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,25
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,37
ICMS Subvenção-CDE-NF 064133183-03/05/19			0,36
Multa por atraso-NF 067909889 - 03/07/18			0,92
Juros por atraso-NF 067909889 - 03/07/18			0,04
TOTAL DA FATURA			21,20

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	18,51	0,61	0,14	18,51	3,72	0,68

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933069

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,54933069	SET 19	30
		AGO 19	30
		JUL 19	60
		JUN 19	54
		MAI 19	30
		ABR 19	44
		MAR 19	38
		FEV 19	72
		JAN 19	30
		DEZ 18	83
		NOV 18	129
		OUT 18	30
		SET 18	38

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

autoatendimento.celpe.com.br/NF-DESCRIÇÃO-DE-CONSUMO-DE-ENERGIA-ELÉTRICA-2a-VIA-DE-FATURA-19&c=null&sp=null&f=33012...

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO CONJUNTO VALOR META META META

ARUANA SEGURADORA

20 SET 2019

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.410.364-34 NIS: 12523181676

DATA DE VENCIMENTO

26/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

19/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

073947911

CONTA CONTRATO

007026223177

Nº DO CLIENTE

2015924666

Nº DA INSTALAÇÃO

0006453346

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO PRIMAVERA 5 - PR -

PRIMAVERA/PAUDALHO
53925-000 PAUDALHO PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

65B8.07F4.0499.0AE8.480A.F9C2.CFDC.CA98

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32784015	22,94
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	10,00	0,49175022	8,85
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,41
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,67
Contrib. Ibm. Públicas Municipais			12,12
Multa por atraso-NF 066297580 - 17/06/19			0,79
Juros por atraso-NF 066297580 - 17/06/19			0,38
Atualização IGP-M-NF 066297580 - 17/06/19			0,35
TOTAL DA FATURA			53,24

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	Dl. Recev	Valor
26/07/19	19/08/19	30,49

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento gere prejuízo por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as cláusulas definidas no Art. 8º REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito BPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,19124008
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,32784015
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,49175022

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
AGO 19		118
JUL 19		115
JUN 19		125
MAY 19		157
ABR 19		135
MAR 19		129
FEV 19		108
JAN 19		109
DEZ 18		108
NOV 18		112
OCT 18		108
SET 18		115
AGO 18		126

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	%	%
Geração de Energia	18,38	48,82
Transmissão	1,84	4,50
Distribuição (Débito)	11,82	29,89
Encargos Setoriais	1,15	2,90
Tributos	1,84	4,44
Perda de Energia	3,72	9,30
TOTAL	30,60	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	39,60	0,74	0,29
			39,60	3,42	1,35

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0300000370234725	CAT	18/07/2019 2.500,00	18/08/2019 2.724,00	32	1,00030	0,00	118,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun2019					
DIG-No de horas sem Energia	PAUDALHO	0,00	10,07	21,74	40,48
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	7,87	15,34	33,00
DIG-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,38	0,00	0,00
DIG-Duração de interrupção em dia único					Limite DIGRI: 16,60
EUSD-Valor de Encargo de Uso - R\$					16,72
Nota: Consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções DIG, FIC, DMC e DIGRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: Janchete Almeida: av. Costa e Silva, Centro / Polimark Comunicação: assessor: r. genuino Silva 46, Centro. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,67.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEBTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026223177	08/2019	0,00	26/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARUANA SEGURADORA
20 SET 2019



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 89 | 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/DOCCORIGINALASPX?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 da 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 PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **919.419.384** / **34**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raissa Santos dandemne de Araujo

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **119.463.594-67**

do sinistro de DPVAT cobertura **invalidez** da Vítima *Raissa Santos dandemne de Araujo*

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **119.463.594-67**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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: LO PRIMAVERA	Número: 5 PR	Complemento: Casa
Bairro: PRIMAVERA	Cidade: PAUDALHO	Estado: PE
E-mail: marcosfeitosa25@hotmail.com		CEP: 55825-000
		Tel.(DDD): 81 98534-7625

Local e Data: **PAUDALHO**

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGURODORA

20 SET 2019

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 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, LARYSSA LORENA DE OLIVEIRA

RG nº 7237667, data de expedição 09 / 01 / 2003

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 057.529.964 - 90

com domicílio na cidade de CARPINA, no Estado de

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

Rua Tertuliano Augusto Santiago, nº 164,

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

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

RAYSSA SANTOS DARDANNE DO AMARAL, cujo o condutor era

LUCAS BRANDON DOS SANTOS SILVA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR15K Ano: 2012

Placa: RES-6289 Chassi: 9LGKE1520C0115546

Data do Acidente: 15/06/2019

Local e Data: Carpina, 13 de agosto de 2019



Laryssa Lorena de Oliveira
Assinatura do Declarante



Lucas Brandon Santos Silva

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA - TABELIONATO
Presença dos Registros da Imagem, Impressos, Títulos e Documentos Particulares, e Razões Jurídicas
Av. Conselheiro Dantas Immedo nº 126, Fone/Fax: (81) 3521-7410, Carpina - PE - cartorio@arua.com.br

JOSÉ MANOEL DAS LVS FILHO
Oficial

Reconheço, por Autenticidade, a Firma de LARYSSA LORENA DE OLIVEIRA, lavada em minha presença, em 13/08/2019 às 14:13:55, em 51-7888, U-80, PERC 10, Total: 4,79, Balco: 0074807.CSC07201902.02349, Consultar autenticidade em www.tjpe.jus.br/salodigital.
Mecanismo: Michaela Galvão da Silva, Tabelião
Balco: 0074807.CSC07201902.02349

