



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BURTI

*Marlene Liberato da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

70012

RECEBIMOS DO SENHOR  
11 NOV 011  
Centro Seguradora S/A  
Av. Rio de Janeiro, 151 - Recife  
Recife - PE - CEP 50011-000

REGISTRO NACIONAL DO IDENTIFICACIONAL CIVIL

517.0502 DATA DE EMISSÃO 13.05.1985

Nome MARLENE LIBERATO DA SILVA  
José Liberato da Silva e  
Maria José da Silva

Buenos Aires - PE 10.08.1954  
C.A.M.S. 8.075.111-11-2999, Cartão  
Buenos Aires - PE  
511.382.984-03

511.382.984-03

BRASIL

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr

(<http://www.vlibras.gov.br/>)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 511.382.984-68

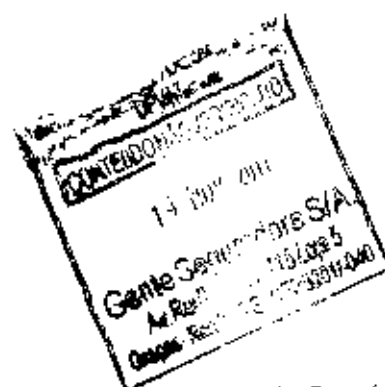
Nome: MARLENE LIBERATO DA SILVA

Data de Nascimento: 10/07/1954

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Dígito Verificador: 00



Comprovante emitido às: 11:42:38 do dia 09/11/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: BC9B.3ABD.45E1.BE12





Genle Seguradora S/A  
Av. Par. B. 115, 1000  
Bairro: R. 14, CEP: 50000-000

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

7 788 638 10/02/2014

<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>

<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>

<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>

VICÊNCIA - PE 24/12/1986

<< 0760340155-2013 2 00015 037 >>

0004944 ID VICÊNCIA PE >>

066 005 684 80

PROPOSTA DE SEGURO

EFEN 7.198 DE 2.0003 11.000 11.000 11.000

P. 30.287 3023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

Rafaela Maria de S. Cavalcanti

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013222427339  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COO. RENAVAM: 1 230396059 R.N.T.R.C.: \*\*\*\*\* EXERCÍCIO: 2017

NOME: MARLENE LIZBETH DA SILVA

MUNICÍPIO: ALEGRE - PE

CPF / CNPJ: 511.382.984-69 PLACA: BHE-295

PLACA ANT. / UF: \*\*\*\*\* / PE CHASSI: 9CZHC1550A1155199

VEÍCULO TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 FAN 486 ANO FAB: 2011 ANO MOT: 2010

CAP. / POT. / CL: 2P / 149CL CATEGORIA: PARTIC. COR. PREDOMINANTE: VERDE-LIMÃO

COTA ÚNICA: IPVA 2017 QUITADO

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO COTAS: 2

PRÊMIO TANTARIO (R\$): 30,00 PRÊMIO TOTAL (R\$): 30,00 DATA DE PAGAMENTO: 05/03/17

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

DATA: 05/03/17

MUNICÍPIO: ALEGRE - PE

DIRETOR: R. CARLOS DE MOURA DE MOURA



PE Nº 013222427339 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARLENE LIZBETH DA SILVA 55945-000

CARLA HUBERTS ALEXS - PE

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

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

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 05/03/17

VIA: 1 CPF / CNPJ: 511.382.984-69 PLACA: BHE-295

RENAVAM: 230396059 MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 FAN 486

CHASSI: 9CZHC1550A1155199

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 01.248.906/0001-41

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO



1.1 Nota Fiscal de Serviço de Seguro DPVAT  
1.1 Nota Fiscal de Serviço de Seguro DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170613135 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARLENE LIBERATO DA SILVA **Data do acidente:** 04/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:**

TRAUMA NA MAO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170613135 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARLENE LIBERATO DA SILVA **Data do acidente:** 04/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA GESSADA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA, FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 5º QUIRODÁCTILO EM 15º

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, ENCONTRO RELATO DE FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Médico examinador:** TIAGO MARTINS FORMIGA

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO



**OUTORGANTE:** Marlene Liberato da Silva, Portador do documento de identidade nº 9140502, expedido por SSPI/PE inscrito no CPF sob o nº 511.382.984-68, residente na Rua José Comiliana nº 1099, Buenos Aires/PE

**OUTORGADO:** **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

**PODERES:** Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.



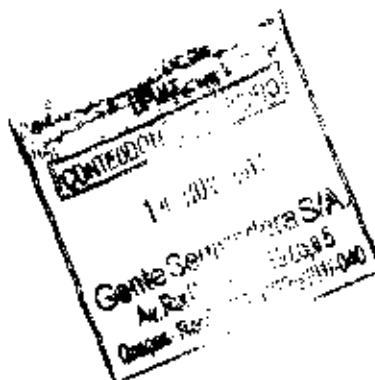
Local e Data: Buenos Aires 19 de Outubro de 2017

Outorgante: Marlene Liberato da Silva

www.tjpe.jus.br/saladigital

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE BUENOS AIRES - PE  
Rua José Evangelista, nº 1 - Centro - CEP: 55.845-000 - Fone: (81) 3647.1494

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de:  
MARLENE LIBERATO DA SILVA  
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.  
Buenos Aires, 19/10/2017. Em testa da verdade  
Gr. R\$ 4,66 Alberto Carlos Vasconcelos - Titular  
\*\* Selo 0076794.UHF07201701.01219 \*\*



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARLENE LIBERATO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170613135**

Vítima: **MARLENE LIBERATO DA SILVA**

Data do Acidente: **04/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170613135**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12002198





Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARLENE LIBERATO DA SILVA**

Sinistro: **3170613135**  
Vítima: **MARLENE LIBERATO DA SILVA**  
Data do Acidente: **04/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170613135** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170613135 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **MARLENE LIBERATO DA SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO TAPARICA nº 56 - ZONA RURAL BUENOS AI - BUENOS AIRES/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3170502 - SSP**  
Data local do exame: **04/12/2017 GOIANA/PE**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### FRATURA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA GESSADA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA, FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 5º QUIRODÁCTILO EM 15º**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

IV. 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(\*).

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

**5º DEDO DA MÃO ESQUERDA**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, ENCONTRO RELATO DE FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - GOIANA, 04/12/2017**

**Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE**

*Tiago Martins Formiga*  
Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC 0 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

0800 221206

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

511-382.984-68

Marlene Lulizarato da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Marlene Lulizarato da Silva		CPF titular da conta 511-382.984-68	Profissão
Endereço Rua José Emiliano		Número 1094	Complemento
Bairro Centro	Cidade Buenos Aires	Estado PE	CEP 55845-000
Email		Telefone (DDD) (81) 9-9543-344	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0054 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 00030291 D/V 97 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Buenos Aires 10 de Novembro de 2017  
Local e Data

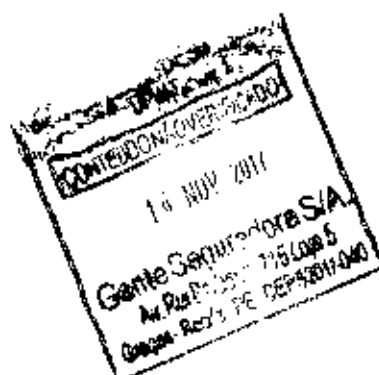
Marlene Lulizarato da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

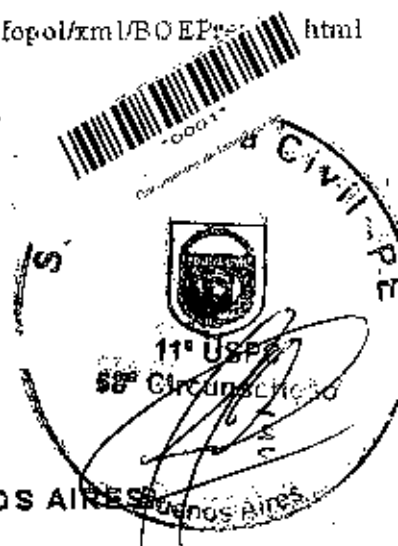
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

20/10/2017 HORA: 15:45:40  
DATA EFETIVACAO: 20/10  
CONVENIO: 000636150  
OPERADOR: Flavia  
AGENCIA: 0054  
CONTA: 013.00030291-7  
NOME: MARLENE LIBERATO DA SILVA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 558ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUENOS AIRES  
DP58ªCIRC DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0148000338**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/10/2017** às  
**09:46**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **4/9/2017** às **08:00**

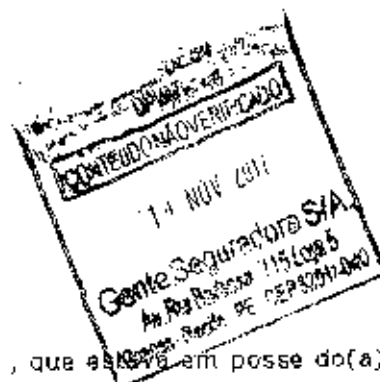
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1 - Bairro:**  
**CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDOS (AUTOR (AGENTE)  
JOSÉ ROBERTO PEREIRA (TESTEMUNHA)  
JÚLIO FRANCISCO PEREIRA (TESTEMUNHA)  
MARLENE LIBERATO DA SILVA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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



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

**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO**  
**- BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JÚLIO FRANCISCO PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:**  
**RITA HENRIQUE PEREIRA Pai: RAIMUNDO FRANCISCO PEREIRA Data de Nascimento:**  
**22/3/1968 Naturalidade: BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:**  
**6143612/88P/PE (RG) Estado Civil: ANASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO**  
Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares:  
**- 994730849**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, A TESTEMUNHA RESIDE NO**  
**SÍTIO ITAPARICA, 3ª ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - CEP: 55000-000 - Bairro:**  
**CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ ROBERTO PEREIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **RITA HENRIQUE PEREIRA** Pai: **RAIMUNDO FRANCISCO PEREIRA** Data de Nascimento: **10/5/1977** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9499354/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 991253560**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1, A TESTEMUNHA RESIDE NO SÍTIO ITAPARICA, S/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARLENE LIBERATO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA JOSÉ DA SILVA** Pai: **JOSÉ LIBERATO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/7/1954** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3170502/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 680215517**

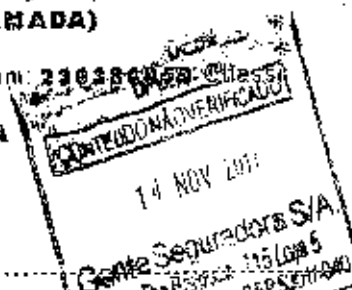
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1, A VITIMA NO SÍTIO ITAPARICA, S/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARLENE LIBERATO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JÚLIO FRANCISCO PEREIRA** Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 180** Objeto apreendido: **Não** Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **HXW2496** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **230380000** Classe: **02** **02K01550AR155139**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **GASOLINA**



### Complemento / Observação

COMPARECEU HOJE NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, A SRA. **MARLENE LIBERATO DA SILVA**, INFORMANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGUNDO A MESMA NO DIA 04/09/2017 POR VOLTA DAS 08:00H VINHA BACARUPA DE SUA MOTOCICLETA QUE ERA PILOTADA POR SEU MARIDO NA ESTRADA DO SÍTIO ITAPARICA E AO FAZER UMA CURVA NA ESTRADA DE TERRA PLENAGEM DIZ A MESMA QUE SEU MARIDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E AMBOS ACABARAM CAINDO, EM SEGUIDA DIZ A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PARA A UNIDADE HOSPITALAR LOCAL COM FORTES DORES EM SEU DEDO MÍDINHO DA MÃO ESQUERDA, E COM ESCORIAÇÕES NO JOELHO E FACE, DIZ A VÍTIMA QUE APÓS SER ATENDIDA PELO MÉDICO DE PLANTÃO O DR. EMILIANO FOI EM SEGUIDA REMOVIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO PARA UPA DE SÃO LOURENÇO. AO CHEGAR NA REFERIDA UPA A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A UM RAIO-X QUE COMPROVOU UMA FRATURA EM SEU DEDO MÍDINHO DA MÃO ESQUERDA E ASSIM FORAM ADOPTADOS OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS, DIANTE DOS FATOS A MESMA SOLICITA O REGISTRO DA OCORRÊNCIA PARA FINS DE DPVAT, SEM MAIS NADA DÍGNO DE REGISTRO ENCERRO ESTE BOE

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

*\*Marlene Liberato da Silva*  
**MARLENE LIBERATO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EVERALDO LUIZ DA SILVA JÚNIOR** - Matrícula: **272839** - *Everaldo L. da S. Júnior*

**Comissário de Polícia**  
Mat: 272.839-7

20/10/2017 09:43

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



700047

IML

Eu, Marlene Silvestro da Silva, portador da carteira de identidade nº 317.0502 e inscrito no CPF/MF sob o nº 511.382.984-68, residente e domiciliado na Rua José Amílcaro 115 1099, Cidade Buzos Cirus, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

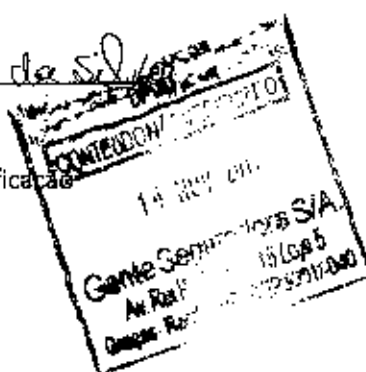
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Buzos Cirus, 10 de novembro de 2013  
Local e data



0000

Idade: 62 ANOS, 1.83  
Dt Nascimento: 10/07/1954 Sexo: M

CEP: 55845000

Bairro: ZONA RURAL

Nac: BRASIL

CNS:706708550088215

**Sisiprenatal:**

Tel.: (81) 8921-5517

**Pai:** JOSÉ LIBERATO DA SILVA

**Responsible:**

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
04/09/2017 08:29	0004066	CONSULTA

**PRE-CONSULTA**

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

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura
10.25	146.89				

**Queixas / Diagnóstico**

### Tratamiento

Present with me at the door  
the night, about the door +  
around + around the door (C)  
for the night, so the night  
the night, so the night  
the night, so the night

① Volkswirtschaft - 7. 11. 1997

1032

Tru

QUINTE DIANA

Gente S...

Ar. Res...

essão diagnóstica

CID

### Exames complementares

Impressão diagnóstica: CID

de sorte de notu / 1991

Ativo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

**Justificativa:**

incaminhado:

removido:

**bits:**

Is h m. do dia \_\_\_\_\_

**data saida:**

lora salda:

CURATIVO

ADM MEDICAMENTO:

**TÉCNICO / COREN**

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO ☐ ESP

**Consultas / Atendimento Médico:**

☐ urgência básica

☐ urgência especializada

☐ observação básica☐ observação especializada

**MÉDICO / CRM**

**HORÁRIO:**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

**TÉCNICO / CONSELHO**

## HORÁRIO

# 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: 07/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLENE LIBERATO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000030291-7

---

Nr. da Autenticação 323101EDAC0B8283



CNPJ 09.769.035/0001-84  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA JOAO RAMOS NARANHAO - MUN. - S/N - CENT.  
RO. VIGENCIA/PR - 55850-000



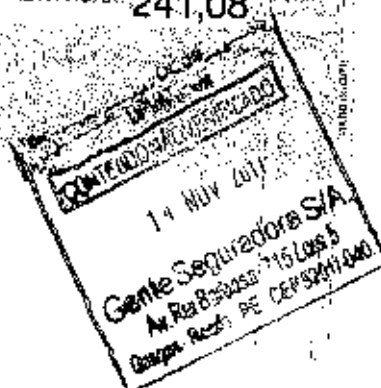
Documento de Kalltrack

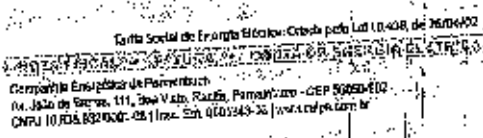
DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 107164183, AGO/2017	
MARLENE LIGERATO DA SILVA		FRENTE SITIO ITAPARICA, CENTRO BU	
R JOSE ENRIQUE N. 21097		FNO. 1, RESIDE 55.845-000	
END. 1, RESIDE 55.845-000		INSCRICAO: 117.510.101.0001 GRUPO S. DEB. ANUALITICO: 107164183	
SITUAÇÃO FISCAL: PAGO DESSO		QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
LIGADO: POTENCIAL		RESIDUOS - CATEGORIA: RESIDUOS - POUCA	
HIDROMETRO: 107164183		DATA DE INSTALACAO: 30/08/2017	
DEIXADO: 107164183		TIPO DE CONSUMO (VE): ESTIMADO	
AGUA:			
LEIT ANT: 833 CONSUMO: 14			
LEIT ATU: 837			
LEIT FAI: 837% DIFERENÇA FAIXA			
HISTORICO DE CONSUMO			
REFERENCIA CONSUMO			
07/2017: 57			
06/2017: 54			
05/2017: 48			
04/2017: 56			
03/2017: 54			
02/2017: 50			
MEDIA: 53			
Qualidade da Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) CONFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS PESQUISA COLI E CLORO			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3) OS PARÂMETROS CONFORMES TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS			
CONSUMO			
TOTAL (R\$)			
ÁGUA			
RESIDENCIAL 6 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA			
14 m3			
241,08			
241,08			
1,65			
3,98			
7,60			
16,32			

VENCIMENTO: 08/09/2017

TOTAL A PAGAR: 241,08

MENSAGEM:





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOSE EMILIANO 1 A

CENTRO BUENOS AIRES  
BUENOS AIRES PE  
55845-000

CONTA REGISTRADA	NÚMERO
2859845019	10/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO AUTOMÁTICO
31/10/2017	24/11/2017
TOTAL A RECEBER	32,05

002810588	UNCA	24/10/2017
24/10/2017	2000823334	47620

	DATA DO PAGTO	PAGTO (R\$)	VALOR (R\$)
	04/01/2012	0,70146028	28,05
Consumo Atividade	40,5000000		0,26
Agrécima Bandede AMORELA			1,47
Agrécima Bandede VERVELHA			9,93
Contribuição Iluminação Pública			0,21

ICMS Substituído - CDE Nº 002643413-24/08/17

Consumo Abc(A+B)  
A=escudo B=deixar AMARELA--  
Acrescimo Bandeira VERMELHA  
Contribuição Iluminação Pública  
CNS Suaveiro-CE-UF 002943413-24/08/77

32,05

TOTAL DA FATURA

UNION MEMBER	TPO/DA FEDERATION	ANTERIOR DATA	CURR. DATA	NUPAL LASTURA	UNICE SEAS	CONSTRANTE	F. DATE	CO-INSURED PERSON
MET900	CAT	26082001	0 889.00	24082001	0 759.00	32	00000	4062

**Distribuição da população por idade em 1970**

Idade	Porcentagem da população total
0-4	24,91
5-9	22,58
10-14	20,34
15-19	18,17
20-24	15,85
25-29	13,52
30-34	11,19
35-39	9,86
40-44	8,53
45-49	7,20
50-54	5,87
55-59	4,54
60-64	3,21
65-69	1,88
70-74	0,55
75-79	0,22
80+	0,09

[illegible]

\_\_\_\_\_

Comentarios por el/la representante del(s) Comis(es) de la(s) ciudad(es):

País	1990	1991	1992	1993	1994
Brasil	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Argentina	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Chile	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Colômbia	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Costa Rica	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Equador	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
El Salvador	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Guatemala	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Honduras	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Paraguai	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Panamá	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Peru	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Puerto Rico	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Uruguai	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Venezuela	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0

Fonte: Banco Mundial, 1994.

Alcune delle foto pubblicate  
sull'opuscolo "L'Iniziativa R&D"  
414/2017/1, la base produttiva  
sperimentale della JRC di Enea  
sostiene una delle attività più  
centrali e innovative dell'Ente  
e rappresenta il suo più  
valore aggiunto.

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Rio Piedra 115 Local 5  
Caracas, P.O. Box 50000

COMMENTS	DATE APPROVED SPECIALTY	DATE RECEIVED	DATE THRU/STILL	DATE RECALL	TOWARD	
					JOURNAL (V)	RECORD
HAZARTECA MAY 14	1.25	6.25	11.16	22.2	230	231
472	1.00	3.25	3.73	13.46		
473C	1.25	2.30	0.00	0.00		

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C. 20535



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT, 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Carvalho inscrito (a) no CPF 056.005.684, 80  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marlene Giberato da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 511.382.984, 68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido Permanente vítima  
Marlene Giberato da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 5.138.298.4, 68, 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 <u>Rua José Emílio</u>	Número <u>1A</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
	<u>(81)9-9543-3413</u>	<u>(81)9-9216-2319</u>

Buenos Aires, 10 de Novembro de 2017  
Local e Data

Rafaela Maria de S. Carvalho  
Assinatura do Declarante

