

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0463225/19

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDE

Data do acidente: 06/07/2019

CPF: 108.631.064-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DENISE VASCONCELOS
MARQUES CORDEIRO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO : 108.631.064-04

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: 20/12/2019
Nome: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
CPF: 108.631.064-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Conc

/Atraso na data do último documento

3190636839 Justificativa – Nº ASL ou Processo

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

() Solicitação 06

() Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
28/11	20/12

Nome: Tânia Pinto

Eu Denise Vasconcelos Marques Cordeiro, Casada, agricultora,
Portadora do RG: 9.334.801 e CPF: 308.633.064-04,
residente no sítio Arara, Tabira - PE.

Venho através desta carta informar que a motocicleta
a qual eu estava conduzindo no momento em que sofri
o acidente no dia 06 de julho deste ano de 2019 (uma wuyang
WY48Q-2 2012/2013 Vermelha de placa PCO 0133) não
estava e nem está em meu nome.

Solicito então que seja reavaliado o meu caso que possui
o nº de sinistro: 3190636839. Sendo assim segue em anexo
como forma de comprovação uma cópia autenticada do
recibo constando que não sou proprietária e juntamente
com tudo isto, envio também a declaração do proprietário.

Desde já agradeço a atenção.

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713745 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DE UMEROS ESQUERDO
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
FRATURA DE CONDILO NO COTOVELO ESQUERDO
FRATURA DA FACE / ZIGOMATICO
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: MARCHA TIPO CLAUDICANTE /NÃO REALIZA EXTENSÃO DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISÃO VERIFICADA PELO EXAME FÍSICO DIRETO (SEM EXAME OFTALMOLÓGICO) , DEFORMIDADE DE FACE RESIDUAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES NO OMBRO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISÃO /MARCHA COM CLAUDICAÇÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			40 %	R\$ 5.400,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713745 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DE Umero ESQUERDO
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
FRATURA DE CONDILO NO COTOVELO ESQUERDO
FRATURA DA FACE / ZIGOMATICO
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: MARCHA TIPO CLAUDICANTE /NÃO REALIZA EXTENSAO DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISAO VERIFICADA PELO EXAME FÍSICO DIRETO (SEM EXAME OFTALMOLÓGICO) , DEFORMIDADE DE FACE RESIDUAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES NO OMBRO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISAO /MARCHA COM CLAUDICAÇÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/01/2020

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			40 %	R\$ 5.400,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713745 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DE UMEROS ESQUERDO
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
FRATURA DE CONDILO NO COTOVELO ESQUERDO
FRATURA DA FACE / ZIGOMATICO
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: MARCHA TIPO CLAUDICANTE /NÃO REALIZA EXTENSÃO DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISÃO VERIFICADA PELO EXAME FÍSICO DIRETO (SEM EXAME OFTALMOLÓGICO) , DEFORMIDADE DE FACE RESIDUAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES NO OMBRO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISÃO /MARCHA COM CLAUDICAÇÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			40 %	R\$ 5.400,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713745 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DE Umero ESQUERDO
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
FRATURA DE CONDILO NO COTOVELO ESQUERDO
FRATURA DA FACE / ZIGOMATICO
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: MARCHA TIPO CLAUDICANTE /NÃO REALIZA EXTENSAO DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISAO VERIFICADA PELO EXAME FÍSICO DIRETO (SEM EXAME OFTALMOLÓGICO) , DEFORMIDADE DE FACE RESIDUAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES NO OMBRO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISAO /MARCHA COM CLAUDICAÇÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/01/2020

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			40 %	R\$ 5.400,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713745 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR E UMEROS PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	0%	R\$ 0,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713745 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR E UMEROS PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	0%	R\$ 0,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713745 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR E UMEROS PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	0%	R\$ 0,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713745 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR E UMEROS PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	0%	R\$ 0,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463225/19

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDE

CPF: 108.631.064-04

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: DENISE VASCONCELOS
MARQUES CORDEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO : 108.631.064-04

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: 20/12/2019
Nome: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
CPF: 108.631.064-04

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398905/19

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDE

CPF: 108.631.064-04

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: DENISE VASCONCELOS
MARQUES CORDEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO : 108.631.064-04

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: 13/11/2019
Nome: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
CPF: 108.631.064-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463225/19

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDE

CPF: 108.631.064-04

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: DENISE VASCONCELOS
MARQUES CORDEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO : 108.631.064-04

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: 20/12/2019
Nome: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
CPF: 108.631.064-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398905/19

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDE

CPF: 108.631.064-04

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: DENISE VASCONCELOS
MARQUES CORDEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO : 108.631.064-04

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: 13/11/2019
Nome: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
CPF: 108.631.064-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713745

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

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, 06 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190713745**

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713745

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

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\$ 5.400,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 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: **DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO**

Valor: **R\$ 5.400,00**

Banco: **104**

Agência: **000001433**

Conta: **000000022915-5**

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,





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.344.801 EXPEDIDO POR SDS PE EM 27/06/2017
 CPF 168.631.064-04 / CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTORA
 E RENDA MENSAL DE R\$ 179,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DENISE V. MARQUES CORDEIRO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de pagamento



⚠ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1433 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00022915-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TABIRA - PEDATA 04/11/2019ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Denise Vasconcelos Marques Cordeiro

⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

AUTOATENDIMENTO - Ag. Afogados da Ingazeira
 DATA: 28/10/2019 HORA: 11:14:24
 TERMINAL: 14331004 CONTROLE: 143310040525

AGÊNCIA: 1433 - AFOGADOS DA INGAZE
 CONTA: 013.00022915-5
 CLIENTE: DENISE VASCONCELOS M CORDEIRO

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
 ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/10	150,52
06/10	102,05
08/10	307,71
09/10	865,98
11/10	130,93
12/10	5,75
17/10	179,61
18/10	259,07

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	2.384,48C
		Outubro	
05/10	000000	REM BASICA	0,00C
05/10	000000	CRED JUROS	0,52C
06/10	000000	REM BASICA	0,00C
06/10	000000	CRED JUROS	0,35C
08/10	000000	REM BASICA	0,00C
08/10	000000	CRED JUROS	1,05C
09/10	000000	REM BASICA	0,00C
09/10	000000	CRED JUROS	2,96C
11/10	000000	REM BASICA	0,00C
11/10	000000	CRED JUROS	0,45C
12/10	000000	REM BASICA	0,00C
12/10	000000	CRED JUROS	0,24C
16/10	000000	REM BASICA	0,00C
16/10	000000	CRED JUROS	1,39C
16/10	160909	SAQUE LOT	470,00C
17/10	000000	REM BASICA	0,00C
17/10	000000	CRED JUROS	0,61C
18/10	000000	BOLSA FAMI	179,00C
18/10	181135	DP DIN LOT	200,00C
24/10	000000	REM BASICA	0,00C
24/10	000000	CRED JUROS	0,57C
24/10	241324	SAQUE LOT	300,00C
28/10	400630	COMPRA ELO	10,00C
28/10	401779	COMPRA ELO	25,02C
28/10	401787	COMPRA ELO	25,50C
28/10	402778	SAQUE ATM	100,00C

RESUMO, EM 25/10
 SALDO 1.840,10C

RESUMO DO DIA
 SALDO DISPONIVEL 1.840,10C
 SALDO BLOQUEADO 0,00
 SALDO TOTAL 1.840,10C

Impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**

www.caixa.gov.br

0800 726 0101

(Informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

16870792318
BR0517

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**

www.caixa.gov.br

0800 726 0101

(Informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

16870792318
BR0517

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**

www.caixa.gov.br

0800 726 0101

(Informações, reclamações,
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com
deficiência auditiva)

Ouvidoria

0800 725 7474

(denúncias e reclamações
não solucionadas)

CAIXA

16870792318
BR0517

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

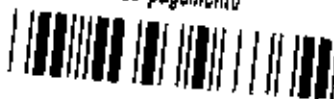
EU, DEMISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.144.801 EXPEDIDO POR SDS PE EM 27/06/2017
 CPF 368631064-04 / CNPJ 000000000-00000-00 PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 179,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DEMISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1433 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00022915-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TABIRA - PEDATA 04/11/2019ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Demise Vasconcelos Marques Cordeiro

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTOATENDIMENTO - Ag. Afogados da Ingazeira
DATA: 28/10/2019 HORA: 11:14:24
TERMINAL: 14331004 CONTROLE: 143310040521

AGÊNCIA: 1433 - AFOGADOS DA INGAZE
CONTA: 013.00022915-5
CLIENTE: DENISE VASCONCELOS M CORDEIRO

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/10	150,50
06/10	102,00
08/10	307,70
09/10	865,90
11/10	130,90
12/10	5,70
17/10	179,60
18/10	259,00

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			2.384,48C
Outubro			
05/10	000000	REM BASICA	0,00C
05/10	000000	CRED JUROS	0,52C
06/10	000000	REM BASICA	0,00C
06/10	000000	CRED JUROS	0,35C
08/10	000000	REM BASICA	0,00C
08/10	000000	CRED JUROS	1,05C
09/10	000000	REM BASICA	0,00C
09/10	000000	CRED JUROS	2,96C
11/10	000000	REM BASICA	0,00C
11/10	000000	CRED JUROS	0,45C
12/10	000000	REM BASICA	0,00C
12/10	000000	CRED JUROS	0,24C
16/10	000000	REM BASICA	0,00C
16/10	000000	CRED JUROS	1,39C
16/10	160909	SAQUE LOT	470,00D
17/10	000000	REM BASICA	0,00C
17/10	000000	CRED JUROS	0,61C
18/10	000000	BOLSA FAMI	179,00C
18/10	181135	DP DIN LOT	200,00C
24/10	000000	REM BASICA	0,00C
24/10	000000	CRED JUROS	0,57C
24/10	241324	SAQUE LOT	300,00D
28/10	400630	COMPRA ELO	10,00D
28/10	401779	COMPRA ELO	25,02D
28/10	401787	COMPRA ELO	26,50D
28/10	402778	SAQUE ATK	100,00D

RESUMO EM 25/10
SALDO 1.840,10C

RESUMO DO DIA
SALDO DISPONIVEL 1.840,10C
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO TOTAL 1.840,10C

impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**
www.caixa.gov.br

0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) **0800 726 2492** (para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações não solucionadas)

CAIXA

0800 726 0101

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**
www.caixa.gov.br

0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) **0800 726 2492** (para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações não solucionadas)

CAIXA

0800 726 0101

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**
www.caixa.gov.br

0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) **0800 726 2492** (para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações não solucionadas)

CAIXA

0800 726 0101

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

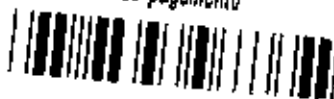
EU, DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.144.801 EXPEDIDO POR SDS PE EM 27/06/2017
 CPF 368631064-04 / CNPJ 000000000-00000-00 PROFISSÃO AGRICULTORA
 E RENDA MENSAL DE R\$ 179,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DENISE M. MARQUES CORDEIRO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1433 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00022915-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TABIRA - PEDATA 04/11/2019ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Denise Vasconcelos Marques Cordeiro

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTOATENDIMENTO - Ag. Afogados da Ingazeira
DATA: 28/10/2019 HORA: 11:14:24
TERMINAL: 14331004 CONTROLE: 143310040521

AGÊNCIA: 1433 - AFOGADOS DA INGAZE
CONTA: 013.00022915-5
CLIENTE: DENISE VASCONCELOS M CORDEIRO

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
05/10	150,50
06/10	102,00
08/10	307,70
09/10	865,90
11/10	130,90
12/10	5,70
17/10	179,60
18/10	259,00

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			2.384,48C
Outubro			
05/10	000000	REM BASICA	0,00C
05/10	000000	CRED JUROS	0,52C
06/10	000000	REM BASICA	0,00C
06/10	000000	CRED JUROS	0,35C
08/10	000000	REM BASICA	0,00C
08/10	000000	CRED JUROS	1,05C
09/10	000000	REM BASICA	0,00C
09/10	000000	CRED JUROS	2,96C
11/10	000000	REM BASICA	0,00C
11/10	000000	CRED JUROS	0,45C
12/10	000000	REM BASICA	0,00C
12/10	000000	CRED JUROS	0,24C
16/10	000000	REM BASICA	0,00C
16/10	000000	CRED JUROS	1,39C
16/10	160909	SAQUE LOT	470,00D
17/10	000000	REM BASICA	0,00C
17/10	000000	CRED JUROS	0,61C
18/10	000000	BOLSA FAMI	179,00C
18/10	181135	DP DIN LOT	200,00C
24/10	000000	REM BASICA	0,00C
24/10	000000	CRED JUROS	0,57C
24/10	241324	SAQUE LOT	300,00D
28/10	400630	COMPRA ELO	10,00D
28/10	401779	COMPRA ELO	25,02D
28/10	401787	COMPRA ELO	26,50D
28/10	402778	SAQUE ATK	100,00D

RESUMO EM 25/10
SALDO 1.840,10C

RESUMO DO DIA
SALDO DISPONIVEL 1.840,10C
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO TOTAL 1.840,10C

impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**
www.caixa.gov.br

0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) **0800 726 2492** (para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações não solucionadas)

CAIXA

0800 726 0101

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**
www.caixa.gov.br

0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) **0800 726 2492** (para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações não solucionadas)

CAIXA

0800 726 0101

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**
www.caixa.gov.br

0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) **0800 726 2492** (para pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria
0800 725 7474
(denúncias e reclamações não solucionadas)

CAIXA

0800 726 0101

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA)**

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190713745
Nome do(a) Examinado(a): Denise Vasconcelos Marques Cordeiro
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Pelo Sinal, 189
Zona Rural Afogados da Ingazeira PE CEP: 56800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9114801
Data local do acidente: [06/07/2019]
Data local do exame: [14/01/2020] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DE Umero ESQUERDO
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
FRATURA DE CONDILO NO COTOVELO ESQUERDO
FRATURA DA FACE / ZIGOMATICO
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE Umero , FACE E FEMUR
TRATAMENTO CONSERVADOR DA CLAVICULA, ANTEBRAÇO E COTOVELO ESQUERDO
Complicações: ALTERAÇÃO DE MOBILIDADE DO COTOVELO ESQUERDO COM EXTENSÃO IMCOMPLETA
PERDA DA CONFORMIDADE DA FACE , ALTERAÇÃO DA VISAO
MARCHA COM CLAUDICAÇÃO
Data da Alta: 20/12/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

MARCHA TIPO CLAUDICANTE /NÃO REALIZA EXTENSÃO DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISAO VERIFICADA PELO EXAME FÍSICO DIRETO (SEM EXAME OFTALMOLOGICO) , DEFORMIDADE DE FACE RESIDUAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES NO OMBRO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

ALTERAÇÃO LEVE NA MARCHA , LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO MODERADA DO COTOVELO E DEFORMIDADE DE FACE

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 (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

COTOVELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: ☒ (X) 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Chenone A. Silva
CRM: 15.122
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190713745
Nome do(a) Examinado(a): Denise Vasconcelos Marques Cordeiro
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Pelo Sinal, 189
Zona Rural Afogados da Ingazeira PE CEP: 56800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9114801
Data local do acidente: [06/07/2019]
Data local do exame: [14/01/2020] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DE UMEROS ESQUERDO
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
FRATURA DE CONDILO DO COTOVELO ESQUERDO
FRATURA DA FACE / ZIGOMÁTICO
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UMEROS, FACE E FEMUR
TRATAMENTO CONSERVADOR DA CLAVICULA, ANTEBRAÇO E COTOVELO ESQUERDO
Complicações: ALTERAÇÃO DE MOBILIDADE DO COTOVELO ESQUERDO COM EXTENSÃO INCOMPLETA
PERDA DA CONFORMIDADE DA FACE, ALTERAÇÃO DA VISÃO
MARCHA COM CLAUDICAÇÃO
Data da Alta: 20/12/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

MARCHA TIPO CLAUDICANTE /NÃO REALIZA EXTENSÃO DO COTOVELO /ALTERAÇÃO DA VISÃO VERIFICADA PELO EXAME FÍSICO DIRETO (SEM EXAME OFTALMOLÓGICO), DEFORMIDADE DE FACE RESIDUAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES NO OMBRO

- 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 seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

ALTERAÇÃO LEVE NA MARCHA, LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO MODERADA DO COTOVELO E DEFORMIDADE DE FACE

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 (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Seqüela):

COTOVELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: ☒ (X) 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- 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. Chenone A. Silva
CRM: 15.122
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 169ª CIRCUNSCRIÇÃO - TABIRA - DP169ªCIRC
DINTER2/20ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0259000916

- Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2019 às 11:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 6/7/2019 às 17:32

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TABIRA, 1, TREVO DA PE 320, PROXIMO AS CASINHAS DE DINCA - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: FERRO VELHO DE ZE DE ZUCA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**ODAIR RAMOS SOARES (AUTOR/AGENTE)
AILTON CORDEIRO DE SOUZA (TESTEMUNHA)
DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ODAIR RAMOS SOARES
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO



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

DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE FATIMA VASCONCELOS MARQUES Pai: FLORISVAL MARQUES SOBRINHO Data de Nascimento: 29/8/1994
Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9114801/SDS/PE (RG), 10863108404 (CPF), 06293342492 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TABIRA, , RESIDENTE NO POVOADO DE ARARAS, DISTRITO DE TABIRA - CEP: 56780000 - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

AILTON CORDEIRO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALDINEIDE CORDEIRO DE SOUZA Pai: JOSE NILTON ALVES DE SOUZA Data de Nascimento: 13/8/1996 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9315613/SDS/PE (RG), 04717990170 (CPF), 06276884003 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TABIRA, 1, RESIDENTE NO POVOADO DE ARARAS, DISTRITO DE TABIRA - CEP: 56780000 - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

ODAIR RAMOS SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES RAMOS SOARES Pai: OSMAR SOARES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/7/1975 Naturalidade: TABIRA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TABIRA, 1 - CEP: 56780000 - Bairro: - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

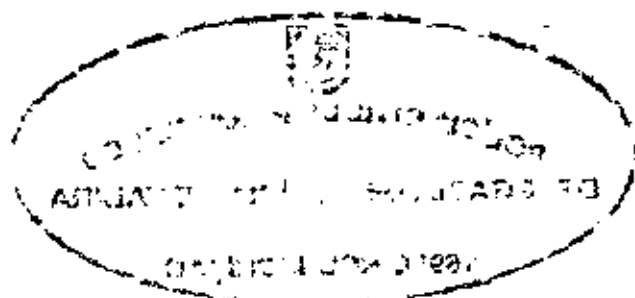
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 18ª CIRCUNSCRIÇÃO - TABIRA - DPMSCIRC
INTERP-DESEN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19022000916

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/10/2019 às 11:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiabá (Consulado) que ocorreu no dia 03/10/2019 às 11:32

Local do fato: RODOVIA BRASILEIRA
Km 100, VILHO DE 15 DE JULHO
CASIMIRAS DE OLIVEIRA - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
Rodo ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TABIRA, 1ª TRAVE DA RUA 020, PROXIMO AS



Partes envolvidas na ocorrência:
CASIMIR RAMOS SOARES (AUTOR/AGENTE)
WILTON CORDEIRO DE SOUZA (TESTEMUNHA)
RENÊ VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na prática da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): CASIMIR RAMOS SOARES
VEÍCULO: (Usado na prática da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): RENÊ VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

Qualificação de(a) pessoa(s) envolvida(s):

RENÊ VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO (presente no sinistro) - Sexo: Masculino, Data de Nascimento: 03/10/1984, Nacionalidade: Brasileira, Estado Civil: Casado, Profissão: Professor, Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TABIRA, 1ª TRAVE DA RUA 020, PROXIMO AS CASIMIRAS DE OLIVEIRA - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 52200-000

WILTON CORDEIRO DE SOUZA (presente no sinistro) - Sexo: Masculino, Data de Nascimento: 03/10/1984, Nacionalidade: Brasileira, Estado Civil: Casado, Profissão: Professor, Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TABIRA, 1ª TRAVE DA RUA 020, PROXIMO AS CASIMIRAS DE OLIVEIRA - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 52200-000

CASIMIR RAMOS SOARES (não presente no sinistro) - Sexo: Masculino, Data de Nascimento: 03/10/1984, Nacionalidade: Brasileira, Estado Civil: Casado, Profissão: Professor, Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TABIRA, 1ª TRAVE DA RUA 020, PROXIMO AS CASIMIRAS DE OLIVEIRA - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 52200-000

Objeto(s) de(a) objeto(s) envolvido(s):

Objeto(s) de(a) objeto(s) envolvido(s):

Objeto(s) de(a) objeto(s) envolvido(s):

Objeto(s) de(a) objeto(s) envolvido(s):

Objeto(s) de(a) objeto(s) envolvido(s):

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PC00193** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **111111** Chassi: **LWYMCA205D6013852**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **O NUMERO DO RENAVAN NÃO COUBE NO ESTAÇA. O NUMERO É O SEGUINTE - 1080049190**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ODAIR RAMOS SOARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ODAIR RAMOS SOARES**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/FORD/F11000** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **BWQ2896** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **403529646** Chassi: **LA7QAA457E9**
Ano Fabricação/Modelo: **1983/1983** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DO FATO, VINHA DO POVOADO DE ARARAS PARA ESTA CIDADE PELA PE-320, E AO CHEGAR NO TREVO QUE DA ACESSO AO CENTRO DESTA CIDADE, PROXIMO AS CASINHAS DE DINCA BRANDINI, SENTIDO QUATRA DE ESPORTES O AUTOR QUE CONDUZIA O CAMINHÃO SEM PARA ENTROU DIRETO NO TREVO E ATINGIU A VITIMA, QUE A VITIMA TEVE FRATURAS NO FEMUR ESQUERDO, CLAVICULA ESQUERDA, FRATURA DO UNERO ESQUERDO E DO ANTEBRAÇO ESQUERDO ALEM DE UMA GRANDE LESÃO DO OLHO ESQUERDO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO RESGATE DA GUARDA MUNICIPAL PARA O HOSPITAL DE TABIRA E DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE/PE. QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O AUTOR SE COMPROMETEU EM AJUDAR A VITIMA E DEPOIS QUANDO FOI PROCURADO MANDOU QUE ELA VÍTIMA PROCURAR SEUS DIREITOS NA JUSTIÇA.

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO
(VITIMA)

AILTON CORDEIRO DE SOUZA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **JOSE MACIEL PEREIRA DE BRITO** - Matrícula: **3810259**



CARTÓRIO INÊS GOMES
Serviço Notarial, Provento de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Clóvis Siqueira Xavier, 9 - Centro - Tabira/PE - CEP: 54780-000 - Fone: (87) 3847-1026
Inês Gomes de Freitas Ferreira - Tabira

Autentico, para os devidos efeitos, a presente-cópia
reprográfica do documento que me foi apresentado em
Cartório pela parte interessada.
Dou fe. TABIRA, 04/11/2019.
Em testemunha da verdade.
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - ESCRIVENTE
Total: R\$ 18 - AVALIADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0076976.WNPT0201904.00646

Roseane Nogueira F. Galdino

Escrivente

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABIRA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
GUARDA MUNICIPAL DE TABIRA



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA DA GUARDA MUNICIPAL – ROGM – N° 272/2019

I – DADOS REFERENTES À OCORRÊNCIA:

DATA DO FATO 06/07/2019	HORA DO FATO 08H45MIN	HORA DO REGISTRO 09H52MIN	DESCRIÇÃO (natureza) KD02 - ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL
LOCAL DO FATO (endereço onde o fato ocorreu) PE-320			
LOCAL DA OCORRÊNCIA (Ponto de referência) PRÓXIMO À SUBESTAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA			

II – PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA

ENVOLVIDO 1	☒ IMPUTADO(A)	NOME ODAIR RAMOS SOARES	IDADE 43	SEXO M	E. CIVIL SOLTEIRO
	☐ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF TABIRA-PE	DOCUMENTO 027.766.254-05	PROFISSÃO OPERADOR DE MÁQUINAS	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO 15/07/1975	APELIDO GUMA	ESCOLARIDADE E. FUNDAMENTAL INCOMPLETO	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI OSMAN SOARES DE OLIVEIRA	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSEXUAL		
	☐ (Outros)	MÃE MARIA DE LOURDES RAMOS SOARES	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
		ENDEREÇO RUA JOÃO SOARES, S/N, ESPÍRITO SANTO VELHO	TELEFONE		
ENVOLVIDO 2	☐ IMPUTADO(A)	NOME ALTON CORDEIRO DE SOUZA	IDADE 24	SEXO M	E. CIVIL CASADO
	☒ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE	DOCUMENTO 9315613 SDS-PE	PROFISSÃO AGRICULTOR	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO 13/06/1995	APELIDO	ESCOLARIDADE SEGUNDO GRAU COMPLETO	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI JOSÉ NILTON ALVES DE SOUZA	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSEXUAL		
	☐ (Outros)	MÃE ALEXNEIDE CORDEIRO DE SOUZA	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
		ENDEREÇO SÍTIO ARARA, ZONA RURAL, TABIRA-PE	TELEFONE		
ENVOLVIDO 3	☐ IMPUTADO(A)	NOME DENIZE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO	IDADE 25	SEXO F	E. CIVIL CASADA
	☒ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE	DOCUMENTO 9114801 SDS PE	PROFISSÃO AGRICULTORA	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO 29/08/1994	APELIDO	ESCOLARIDADE SEGUNDO GRAU COMPLETO	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI FLORISVAL MARQUES SOBRINHO	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSEXUAL		
	☐ (Outros)	MÃE MARIA DE FÁTIMA VASCONCELOS MARQUES	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
		ENDEREÇO SÍTIO ARARA, ZONA RURAL, TABIRA-PE	TELEFONE		
ENVOLVIDO 4	☐ IMPUTADO(A)	NOME	IDADE	SEXO	E. CIVIL
	☐ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO	PROFISSÃO	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO	APELIDO	ESCOLARIDADE	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSEXUAL		
	☐ (Outros)	MÃE	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
		ENDEREÇO	TELEFONE		
ENVOLVIDO 5	☐ IMPUTADO(A)	NOME	IDADE	SEXO	E. CIVIL
	☐ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO	PROFISSÃO	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO	APELIDO	ESCOLARIDADE	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSEXUAL		
	☐ (Outros)	MÃE	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
		ENDEREÇO	TELEFONE		

III – DADOS DOS VEÍCULOS

Nº 01	ENVOLVIDO: 01.	MARCA/ MODELO Ford/F11000	COR AZUL	ANO 1983	RENAVAM
	CIDADE/UF: BELO JARDIM-PE	CHASSI	PLACA BWO-2596	VEÍCULO APREENDIDO? ☐ SIM ☒ NÃO	
	QUAL O MOTIVO DO REGISTRO DO OBJETO? ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO				
Nº 02	ENVOLVIDO: 02.	MARCA/ MODELO I-Wuyang Wy48q-2	COR VERMELHA	ANO 2012/2013	RENAVAM
	CIDADE/UF: INGAZEIRA-PE	CHASSI	PLACA PCO-0193	VEÍCULO APREENDIDO? ☐ SIM ☒ NÃO	
	QUAL O MOTIVO DO REGISTRO DO OBJETO? ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO				

III - OBJETOS CUSTODIADOS/RECOLHIDOS/APREENDIDOS:

☒ NÃO

☐ SIM (especificar)

OS OBJETOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE FORAM ENTREGUES:

☐ NA DP ☐ À VÍTIMA ☐ OUTROS

☐ AO PROPRIETÁRIO ☐ AO RESPONSÁVEL

NOME/ASSINATURA DO RECEBEDOR:

NOME:

ASSINATURA:

O(A) QUALIFICADO(A) ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ FOI CONDUZIDO A(O) , MEDIANTE:

☐ FLAGRANTE DELITO ☐ MANDADO/ORDEM JUDICIAL ☐ DILIGÊNCIA/ESCOLTA ☐ RECAPTURA ☐ DILIGÊNCIA/ESCOLTA

☐ FLAGRANTE DE ATO INFRACIONAL ☐ INFRAÇÃO/CRIME DE TRÂNSITO ☐ ENVOLVIMENTO NA OCORRÊNCIA ☐ AUXÍLIO AO PÚBLICO

☐ OUTROS (ESPECIFICAR)

IV - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

Na data 06/07/2019, por volta das 08h45min, o grupamento de Ronda Ostensiva Municipal (ROMU) foi acionado pela Central de Comunicações (CECOM) para atender a uma ocorrência de acidente de trânsito na PE-320, saída para a cidade de São José do Egito-PE, mais precisamente na entrada que liga a PE-320 à quadra de esportes de Tabira. De imediato o grupamento dirigiu-se ao local e constatou que o acidente envolveu um caminhão Ford/F11000 placa BWQ-2586, azul, ano 1983, e uma motocicleta Wuyang, Placa PCO-0193, ano 2012/2013, cor vermelha. De acordo com informações, o condutor do caminhão, ao trafegar pelo lado direito da via, não teve a devida atenção e ao cruzar a pista de rolamento veio a colidir frontalmente contra a motocicleta que vinha em sentido contrário conduzida por Denize Vasconcelos Marques Cordeiro e seu companheiro, Ailton Cordeiro de Souza que vinha como passageiro na motocicleta. Devido a colisão, as vítimas que vinham na motocicletas ficaram caídas ao solo, sendo de imediato socorridas pelo Grupamento de Atendimento a Emergência e Resgate (GAER) da Guarda Municipal de Tabira e pelo Grupamento de Socorristas Voluntários de Tabira (GSVT); pois se tratava de duas vítimas, sendo encaminhadas ao hospital local, onde foram constatadas fraturas graves no braço esquerdo, no fêmur esquerdo e no quadril do lado esquerdo da vítima Denize Vasconcelos Marques Cordeiro. Devido às fraturas, a mesma foi encaminhada ao hospital da Restauração na cidade de Recife-PE para receber o atendimento necessário. Já o passageiro Ailton Cordeiro de Souza sofreu escoriações leves, ficando sob cuidados médicos no próprio hospital local. Ambos os veículos ficaram no local do acidente devido a não terem condições de circular em decorrência dos danos da colisão. Diante dos fatos, o condutor do caminhão foi conduzido até a DPC local para ser apresentado à autoridade competente para que tomasse as medidas cabíveis.

DATA DO REGISTRO
06/07/2019

NOME LEGÍVEL DO GUARDA MUNICIPAL
MARCOS ANTONIO DA SILVA

ASSINATURA

MATRÍCULA
50.481-0

V - PESSOA(S) PRESA(S) OU DETIDA(S):

A CONDUÇÃO RESULTOU EM:

☐ FLAGRANTE DELITO ☒ BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA DP ☐ TCO ☐ CONSELHO TUTELAR ☐ ATO INFRACIONAL

☐ OUTROS (ESPECIFICAR)

AGENTE POLICIAL DE PLANTÃO RECEBEDOR:

NOME/ASSINATURA

MATRÍCULA

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 169ª CIRCUNSCRIÇÃO - TABIRA - DP169ªCIRC
DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0259000916

16

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/10/2019 às 11:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 07/2019 às 17:32

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TABIRA, 1, TREVO DA PE 320, PROXIMO AS CASINHAS DE DINCA** - Bairro: **CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FERRO VELHO DE ZE DE ZUCA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ODAIR RAMOS SOARES (AUTOR / AGENTE)
AILTON CORDEIRO DE SOUZA (TESTEMUNHA)
DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ODAIR RAMOS SOARES**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO**

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

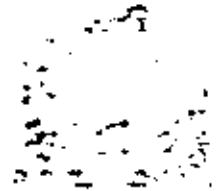
DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DE FATIMA VASCONCELOS MARQUES** Pai: **FLORISVAL MARQUES SOBRINHO** Data de Nascimento: **28/8/1994** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9114301/SDS/PE (RG), 10863106404 (CPF), 08293342492 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TABIRA, 1, RESIDENTE NO POVOADO DE ARARAS, DISTRITO DE TABIRA - CEP: 56760000 - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AILTON CORDEIRO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALDINEIDE CORDEIRO DE SOUZA** Pai: **JOSE NILTON ALVES DE SOUZA** Data de Nascimento: **13/5/1995** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9315813/SDS/PE (RG), 04717990170 (CPF), 06276584003 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TABIRA, 1, RESIDENTE NO POVOADO DE ARARAS, DISTRITO DE TABIRA - CEP: 56760000 - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ODAIR RAMOS SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES RAMOS SOARES** Pai: **OSMAR SOARES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **15/7/1975** Naturalidade: **TABIRA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TABIRA, 1 - CEP: 56760000 - Bairro: - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

11/11/2010 11:17

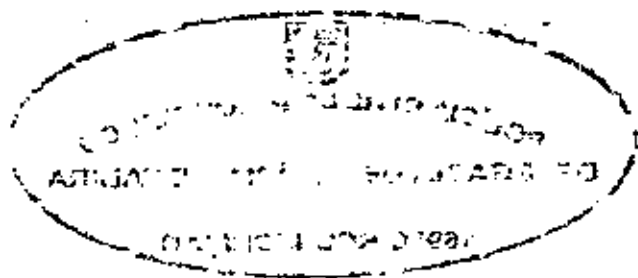


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 18ª CIRCUNSCRIÇÃO - TABIRA - OP18-03C
DINTERPRETADO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18022000016

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/10/2010 às 13:44
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colisão (Consistida) que ocorreu no dia
03/10/2010 às 13:44

Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL
FAZENDA VELHO DE SÃO JOÃO
CASA DE PÁRA - Tabira - Centro - TABIRA - PERNAMBUCO - BRASIL - Posto de Referência:
Moto ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TABIRA, F. TRAVE DA P. 220, PROXIMO A



Revolução (s) na ocorrência:
CLAY RAMOS SOARES (AUTOR/AGENTE)
WILTON CORREIA DE SOUZA (TESTEMUNHA)
MAREZ VASCONCELOS MAREZ CORREIA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado no veículo de ocorrência) - (que estava em posse de) CLAY RAMOS

VEÍCULO: (Usado no veículo de ocorrência) - (que estava em posse de) WILTON CORREIA
VASCONCELOS MAREZ CORREIA

Qualificação de(s) pessoa(s) envolvida(s):

GENES VASCONCELOS MAREZ CORREIA (presente no plantão) - Sexo: Feminino; Data de Nascimento: 20/04/1984
FATIMA VASCONCELOS MAREZ CORREIA (presente no plantão) - Sexo: Feminino; Data de Nascimento: 20/04/1984
Instituição: AFONSO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino; Data de Nascimento: 20/04/1984
13/04/2010 (CPF: 00233333333) (CNPJ: 00233333333) (CNPJ: 00233333333) (CNPJ: 00233333333)
AGRICULTOR(A)
Endereço: R. 1000 - TABIRA - CENTRO - TABIRA - PERNAMBUCO - BRASIL
CPF: 00233333333 - Tabira - CENTRO - TABIRA - PERNAMBUCO - BRASIL
WILTON CORREIA DE SOUZA (presente no plantão) - Sexo: Masculino; Data de Nascimento: 20/04/1984
SOUSA POR JOSÉ ALVES DE SOUZA Data de Nascimento: 20/04/1984 (CPF: 00233333333)
Instituição: AFONSO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino; Data de Nascimento: 20/04/1984
(CNPJ: 00233333333) (CNPJ: 00233333333) (CNPJ: 00233333333) (CNPJ: 00233333333)
Endereço: R. 1000 - TABIRA - CENTRO - TABIRA - PERNAMBUCO - BRASIL
CPF: 00233333333 - Tabira - CENTRO - TABIRA - PERNAMBUCO - BRASIL
CLAY RAMOS SOARES (presente no plantão) - Sexo: Masculino; Data de Nascimento: 20/04/1984
SOARES POR JOSÉ ALVES DE SOUZA Data de Nascimento: 20/04/1984 (CPF: 00233333333)
Instituição: AFONSO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino; Data de Nascimento: 20/04/1984
(CNPJ: 00233333333) (CNPJ: 00233333333) (CNPJ: 00233333333) (CNPJ: 00233333333)
Endereço: R. 1000 - TABIRA - CENTRO - TABIRA - PERNAMBUCO - BRASIL
CPF: 00233333333 - Tabira - CENTRO - TABIRA - PERNAMBUCO - BRASIL

Qualificação de(s) objeto(s) envolvido(s):

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO**
 Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PC00193 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **111111** Chassi: **LWYMCA20SD6013952**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**
 Descrição: **O NUMERO DO RENAVAN NÃO COURE NO ESTAÇA. O NUMERO É O SEGUINTE - 1060049190**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ODAIR RAMOS SOARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ODAIR RAMOS SOARES**
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/FORD/F11000** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **BWQ2596 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **403629646** Chassi: **LA70AA45769**
 Ano Fabricação/Modelo: **1983/1983** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DO FATO, VINHA DO POVOADO DE ARARAS PARA ESTA CIDADE PELA PE-320, E AO CHEGAR NO TREVO QUE DA ACESSO AO CENTRO DESTA CIDADE, PRÓXIMO AS CASINHAS DE DINCA BRANDINI, SENTIDO QUATRA DE ESPORTES O AUTOR QUE CONDUZIA O CAMINHÃO SEM PARA ENTROU DIRETO NO TREVO E ATINGIU A VÍTIMA, QUE A VÍTIMA TEVE FRATURAS NO FEMUR ESQUERDO, CLAVÍCULA ESQUERDA, FRATURA DO UMBRO ESQUERDO E DO ANTEBRAÇO ESQUERDO ALÉM DE UMA GRANDE LESÃO DO OLHO ESQUERDO, QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO RESGATE DA GUARDA MUNICIPAL PARA O HOSPITAL DE TABIRA E DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE/PE. QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O AUTOR SE COMPROMETEU EM AJUDAR A VÍTIMA E DEPOIS QUANDO FOI PROCURADO MANDOU QUE ELA VÍTIMA PROCURAR SEUS DIREITOS NA JUSTIÇA.

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES COREIRO
(VÍTIMA)

AILTON CORDEIRO DE SOUZA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **JOSE MACIEL PEREIRA DE BRITO** - Matrícula: **3810259**



CARTÓRIO INES GOMES
 Serviço Notarial, Protesto de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
 Rua Capel Salette Xavier, 1 - Centro - Tabira/PE - CEP: 54760-000 - Fone: (51) 3847-1076
 Ines Gomes de Freitas Ferreira - Tabira

Autentico, para os devidos efeitos, a presente-cópia
 reprodução do documento que me foi apresentado em
 Cartório pela parte interessada.
 Dou fe. TABIRA, 04/11/2019.
 Em Testemunha da verdade,
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - ESCRIVENTE
 Total: 0-19-VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
 Selo(s): 0076976-WHP020-1981-00666

Roseane Nogueira F. Galdino

Escritor

And the following model: 201515013 Composite Gasoline
 Block: PC00143 (PERMANBUKOLINGO INFORMADO) Retrieved 4/11/14 Check: WYACV2320401325

СЪСТАВИТЕЛ НА КОМИТЕТО ЗА СЪВЕЩАНИЕТО

[illegible][illegible]

၀၆၁၅၇၂၃၀ \ ၀၇၈၅၇၉၆၀၀

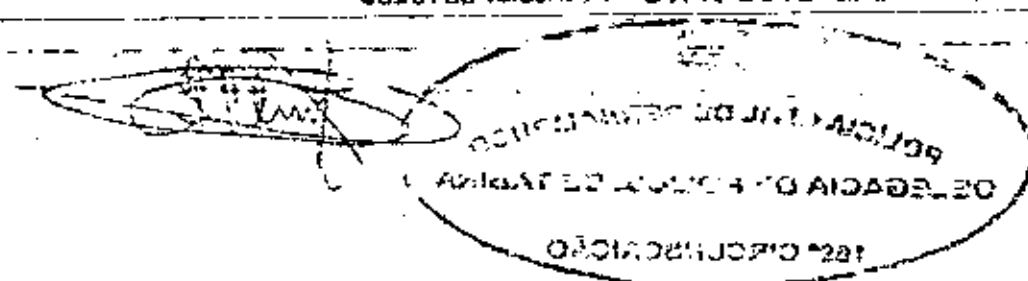
PROCURADOR MANDOU QUE A VITIMA PROCURAR SEUS DIREITOS NA JUSTICA. O MOBRADO DO AUTOR DE COMPLEMENTO EM AJUDAR A VITIMA E DEPOIS QUANDO FOI ORCAVIDO DAS LESOES FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE. QUE SOCORRIDA SELO RESGATE DA GUARDA MUNICIPAL PARA O HOSPITAL DE TACARA E DEVOU A DE INTERMEDIACAO ESQUERDO AFIM DE SER OPERADO. O OUTRO GRANDE LESAO DO OLHO ESQUERDO QUE A VITIMA TEM AMITIVAMENTE FRATURAS NO FEMUR ESQUERDO, CLAVICULA ESQUERDA, FRATURA DO UMBRO ESQUERDO. A AUTOR QUE CONDUZIA O CAMINHÃO SEM PARA ENTORNO DITO NO TEMPO E ATINGIU A VITIMA QUE SE ENCONTRAVA DESTA CIDADE, PROXIMO AS CASINHAS DE DINIZ BRANCO, SENTINDO QUARTA DE PESADA E DEPOIS DE ARRABAS PARA ESTA CIDADE FLETA ESQUERDA E AO ENFRAIR NO TEMPO QUE DA ACESSO AO A VITIMA COMCARRECE NESTA DELONGA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DO FATO, VIMOS

Assistants (2) and (2) to the President of the United States

ORIGIN OF RETURNED COLLECTORSHIP BIRTHED
(ACTIVE)

ALTON CORDEIRO DE SAUZA
(ATTORNEY)

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE - OFFICE OF THE SECRETARY





PREFEITURA MUNICIPAL DE TABIRA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
GUARDA MUNICIPAL DE TABIRA



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA DA GUARDA MUNICIPAL – ROGM – Nº 272/2019

I – DADOS REFERENTES À OCORRÊNCIA:

DATA DO FATO 06/07/2019	HORA DO FATO 08:45MIN	HORA DO REGISTRO 09:52MIN	DESCRIÇÃO (natureza) K002 - ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL
LOCAL DO FATO (endereço onde o fato ocorreu) PE-320			
LOCAL DA OCORRÊNCIA (Ponto de referência) PRÓXIMO À SUBESTAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA			

II – PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA

ENVOLVIDO 1	☒ IMPUTADO(A)	NOME OSMIR RAMOS SOARES	IDADE 43	SEXO M	E. CIVIL SOLTEIRO
	☐ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF TABIRA-PE	DOCUMENTO 027.766.254-05	PROFISSÃO OPERADOR DE MÁQUINAS	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO 15/07/1975	APELIDO BUIA	ESCOLARIDADE E. FUNDAMENTAL INCOMPLETO	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI OSMAN SOARES DE OLIVEIRA	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSSEXUAL		TELEFONE
	(Outros)	MÃE MARIA DE LOURDES RAMOS SOARES	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
ENVOLVIDO 2	☐ IMPUTADO(A)	NOME ALTON CORDEIRO DE SOUZA	IDADE 24	SEXO M	E. CIVIL CASADO
	☒ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE	DOCUMENTO 9345613 S05-PE	PROFISSÃO AGRICULTOR	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO 13/05/1995	APELIDO	ESCOLARIDADE SEGUNDO GRAU COMPLETO	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI JOSE MILTON ALVES DE SOUZA	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSSEXUAL		TELEFONE
	(Outros)	MÃE ALDINEIDE CORDEIRO DE SOUZA	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
ENVOLVIDO 3	☐ IMPUTADO(A)	NOME DENIZE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO	IDADE 25	SEXO F	E. CIVIL CASADA
	☒ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE	DOCUMENTO 9114801 S05-PE	PROFISSÃO AGRICULTORA	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO 29/08/1994	APELIDO	ESCOLARIDADE SEGUNDO GRAU COMPLETO	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI R. ORISVAL MARQUES SOBRINHO	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSSEXUAL		TELEFONE
	(Outros)	MÃE MARIA DE FÁTIMA VASCONCELOS MARQUES	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
ENVOLVIDO 4	☐ IMPUTADO(A)	NOME	IDADE	SEXO	E. CIVIL
	☐ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO	PROFISSÃO	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO	APELIDO	ESCOLARIDADE	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSSEXUAL		TELEFONE
	(Outros)	MÃE	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		
ENVOLVIDO 5	☐ IMPUTADO(A)	NOME	IDADE	SEXO	E. CIVIL
	☐ VÍTIMA	NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO	PROFISSÃO	
	☐ TESTEMUNHA	DATA DE NASCIMENTO	APELIDO	ESCOLARIDADE	
	☐ CONDUTOR(A)	PAI	ORIENTAÇÃO SEXUAL ☐ HETEROSSEXUAL ☐ BISSSEXUAL		TELEFONE
	(Outros)	MÃE	☐ HOMOSSEXUAL ☐ TRANSSEXUAL		

III – DADOS DOS VEÍCULOS

Nº 01	ENVOLVIDO: 01	MARCA/ MODELO Ford F11000	COR ZUL	ANO 983	RENAVAM
	CIDADE/UF: BELO JARDIM-PE	CHASSI	PLACA BWQ-2596	VEÍCULO APREENDIDO? ☐ SIM ☒ NÃO	
	QUAL O MOTIVO DO REGISTRO DO OBJETO? ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO				
Nº 02	ENVOLVIDO: 02	MARCA/ MODELO I-Wuyang Wy48q-2	COR VERMELHA	ANO 2012/2013	RENAVAM
	CIDADE/UF: INGAZEIRA-PE	CHASSI	PLACA PCQ-0193	VEÍCULO APREENDIDO? ☐ SIM ☒ NÃO	
	QUAL O MOTIVO DO REGISTRO DO OBJETO? ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO				

III - OBJETOS CUSTODIADOS/RECOLHIDOS/APREENDIDOS:

☒ NÃO
☐ SIM (especificar)

OS OBJETOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE FORAM ENTREGUES:

☐ NA DP ☐ À VÍTIMA ☐ OUTROS
☐ AO PROPRIETÁRIO ☐ AO RESPONSÁVEL

NOME/ASSINATURA DO RECEBEDOR:

NOME:

ASSINATURA:

0(A) QUALIFICADO(A) ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ FOI CONDUZIDO A(0) MEDIANTE:

☐ FLAGRANTE DELITO ☐ MANDADO/ORDEM JUDICIAL ☐ DILIGÊNCIA/ESCOLTA ☐ RECAPTURA ☐ DILIGÊNCIA/ESCOLTA
☐ FLAGRANTE DE ATO INFRACIONAL ☐ INFRAÇÃO/CRIME DE TRÂNSITO ☐ ENVOLVIMENTO NA OCORRÊNCIA ☐ AUXÍLIO AO PÚBLICO
☐ OUTROS (ESPECIFICAR):

IV - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

Na data 06/07/2019, por volta das 08h45min, o grupamento de Ronda Ostensiva Municipal (ROMU) foi acionado pela Central de Comunicações (CECOM) para atender a uma ocorrência de acidente de trânsito na PE-320, saída para a cidade de São José do Egito-PE, mais precisamente na entrada que liga a PE-320 à quadra de esportes de Tabira. De imediato o grupamento dirigiu-se ao local e constatou que o acidente envolveu um caminhão Ford/F11000 placa BWQ-2596, azul, ano 1983, e uma motocicleta Wuyang, Placa PCO-0193, ano 2012/2013, cor vermelha. De acordo com informações, o condutor do caminhão, ao trafegar pelo lado direito da via, não teve a devida atenção e ao cruzar a pista de rolamento veio a colidir frontalmente contra a motocicleta que vinha em sentido contrário conduzida por Denize Vasconcelos Marques Cordeiro e seu companheiro, Alton Cordeiro de Souza que vinha como passageiro na motocicleta. Devido a colisão, as vítimas que vinham na motocicletas ficaram caídas ao solo, sendo de imediato socorridas pelo Grupamento de Atendimento a Emergência e Resgate (GAER) da Guarda Municipal de Tabira e pelo Grupamento de Socorristas Voluntários de Tabira (GSVT); pois se tratava de duas vítimas, sendo encaminhadas ao hospital local, onde foram constatadas fraturas graves no braço esquerdo, no fêmur esquerdo e no quadril do lado esquerdo da vítima Denize Vasconcelos Marques Cordeiro. Devido às fraturas, a mesma foi encaminhada ao hospital da Restauração na cidade de Recife-PE para receber o atendimento necessário. Já o passageiro Alton Cordeiro de Souza sofreu escoriações leves, ficando sob cuidados médicos no próprio hospital local. Ambos os veículos ficaram no local do acidente devido a não terem condições de circular em decorrência dos danos da colisão. Diante dos fatos, o condutor do caminhão foi conduzido até a DPC local para ser apresentado à autoridade competente para que tomasse as medidas cabíveis.

DATA DO REGISTRO
06/07/2019

NOME LEGÍVEL DO GUARDA MUNICIPAL
MARCOS ANTONIO DA SILVA

ASSINATURA

MATRÍCULA
50.481-0

V - PESSOA(S) PRESA(S) OU DETIDA(S):

A CONDUÇÃO RESULTOU EM:

☐ FLAGRANTE DELITO ☒ BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA DP ☐ TCO ☐ CONSELHO TUTELAR ☐ ATO INFRACIONAL
☐ OUTROS (ESPECIFICAR):

AGENTE POLICIAL DE PLANTÃO RECEBEDOR:

NOME/ASSINATURA

MATRÍCULA



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 308.631.064-04 Nome completo da vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

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

Nome completo: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO CPF: 308.631.064-04
Profissão: AGRICULTORA Endereço: POVOADO DE ARARA Número: _____ Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: TABIRA Estado: PE CEP: 56780-000
E-mail: aitonecordeiro995@gmail.com Tel. (DDD): (087) 99365-2399

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 00022915 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: TABIRA-PE 04/11/2019
Nome: DENISE V. MARQUES CORDEIRO
CPF: 308.631.064-04

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Ailton Cordeiro de Souza
CPF: 047.179.901-90

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

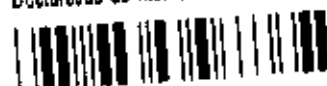
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 308.631.064-04 Nome completo da vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

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

Nome completo: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO CPF: 308.631.064-04
Profissão: AGRICULTORA Endereço: POVÃO DO DE ARARA Número: _____ Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: TABIRA Estado: PE CEP: 56780-000
E-mail: denisevasconcelos995@gmail.com Tel. (DDD): (087) 99405-2399

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

RENDA MENSAL:
☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (002) ☒ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 00022915 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Nascimento (val nascer): _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: TABIRA-PE 04/11/2019
Nome: DENISE V. MARQUES CORDEIRO
CPF: 308.631.064-04

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: Ailton Condino de Souza
CPF: 042.579.901-70

Assinatura

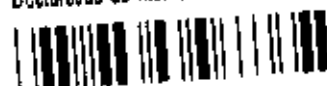
2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 308.631.064-04 Nome completo da vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

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

Nome completo: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO CPF: 308.631.064-04
Profissão: AGRICULTORA Endereço: POVÃO DO DE ARARA Número: _____ Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: TABIRA Estado: PE CEP: 56780-000
E-mail: denisevasconcelos995@gmail.com Tel. (DDD): (087) 99405-2399

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

RENDA MENSAL:
☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (002) ☒ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA: 1433 CONTA: 00022915 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Nascimento (val nascer): _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: TABIRA-PE 04/11/2019
Nome: DENISE V. MARQUES CORDEIRO
CPF: 308.631.064-04

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Ailton Condino de Souza
CPF: 047.579.901-70

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.400,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01433

CONTA: 000000022915-5

Nr. da Autenticação 61E54CE9845B30E3

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

RG nº 9114801, data de expedição 27/06/2017, Órgão SDS - PE

CPF nº 108.631.064-04, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO ARARA</u>
Número	<u>35</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>TABIRA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56780-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9 9105-2399</u>
E-mail	<u>altoncordeiro1995@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TABIRA-PE 04/11/2019

Assinatura do Declarante: Denise Vasconcelos Marques Cordeiro

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

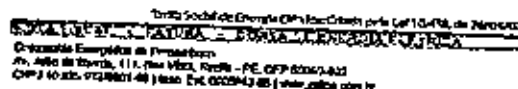
Eu, DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO,RG nº 9114801, data de expedição 27/06/2017, Órgão SDS - PE

CPF nº 108.631.064-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO ARARA</u>
Número	<u>35</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>TABIRA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56780-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9 9105-2399</u>
E-mail	<u>ailtoncordeiro1995@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TABIRA-PE 04/11/2019Assinatura do Declarante: Denise Vasconcelos Marques Cordeiro



EXERCÍCIO DA UNIDADE DE COMPUTADOR
GIARARAS 35 X

TABUA - PIRAL TABUA RURAL
TABUA DE
SOTILONG

2793920019	09/2019
03/10/2019	29/10/2019
	16.76

070211827	CRACK	26MAR2018
26047018	2007200018	3702801

RECORD OF RENTALS				NO. 70
Contract to repair Accessories Bureau V. P. B. E. 12	75-000000	10-10-10	15.00	1.00

[illegible]

DATE	TIME	LOCATION	DESCRIPTION	AMOUNT	CHECK NO.	DEBIT	CREDIT	BALANCE
1970-01-01			OPENING BALANCE					100.00
1970-01-05	10:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	25.00	101	25.00		75.00
1970-01-10	15:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	15.00	102	15.00		60.00
1970-01-15	09:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	103	10.00		50.00
1970-01-20	12:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	104	10.00		40.00
1970-01-25	14:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	105	10.00		30.00
1970-01-30	11:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	106	10.00		20.00
1970-02-05	13:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	107	10.00		10.00
1970-02-10	10:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	108	10.00		0.00
1970-02-15	12:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	109	10.00		10.00
1970-02-20	14:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	110	10.00		0.00
1970-02-25	11:00	NEW YORK	TRAVEL EXPENSE	10.00	111	10.00		10.00
1970-03-01			CLOSING BALANCE					10.00

1. The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, regarding the land owned by the United States in the State of California:

2. The total area of land owned by the United States in the State of California is approximately 100,000,000 acres.

3. The land is divided into several categories, including:

- 4. (a) National Forest Land
- 5. (b) National Monument Land
- 6. (c) National Preserve Land
- 7. (d) National Antiquities Land
- 8. (e) National Historical Land
- 9. (f) National Wildlife Refuge Land
- 10. (g) National Wetlands Land
- 11. (h) National Scenic Land
- 12. (i) National Recreation Land
- 13. (j) National Conservation Land
- 14. (k) National Monument Land
- 15. (l) National Preserve Land
- 16. (m) National Antiquities Land
- 17. (n) National Historical Land
- 18. (o) National Wildlife Refuge Land
- 19. (p) National Wetlands Land
- 20. (q) National Scenic Land
- 21. (r) National Recreation Land
- 22. (s) National Conservation Land

4. The following table shows the approximate acreage of land owned by the United States in the State of California, by category:

Category	Approximate Acreage
National Forest Land	10,000,000
National Monument Land	5,000,000
National Preserve Land	3,000,000
National Antiquities Land	2,000,000
National Historical Land	1,000,000
National Wildlife Refuge Land	1,000,000
National Wetlands Land	1,000,000
National Scenic Land	1,000,000
National Recreation Land	1,000,000
National Conservation Land	1,000,000

5. The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, regarding the land owned by the United States in the State of California:

6. The total area of land owned by the United States in the State of California is approximately 100,000,000 acres.

7. The land is divided into several categories, including:

- 8. (a) National Forest Land
- 9. (b) National Monument Land
- 10. (c) National Preserve Land
- 11. (d) National Antiquities Land
- 12. (e) National Historical Land
- 13. (f) National Wildlife Refuge Land
- 14. (g) National Wetlands Land
- 15. (h) National Scenic Land
- 16. (i) National Recreation Land
- 17. (j) National Conservation Land
- 18. (k) National Monument Land
- 19. (l) National Preserve Land
- 20. (m) National Antiquities Land
- 21. (n) National Historical Land
- 22. (o) National Wildlife Refuge Land
- 23. (p) National Wetlands Land
- 24. (q) National Scenic Land
- 25. (r) National Recreation Land
- 26. (s) National Conservation Land

8. The following table shows the approximate acreage of land owned by the United States in the State of California, by category:

Category	Approximate Acreage
National Forest Land	10,000,000
National Monument Land	5,000,000
National Preserve Land	3,000,000
National Antiquities Land	2,000,000
National Historical Land	1,000,000
National Wildlife Refuge Land	1,000,000
National Wetlands Land	1,000,000
National Scenic Land	1,000,000
National Recreation Land	1,000,000
National Conservation Land	1,000,000

9. The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, regarding the land owned by the United States in the State of California:

10. The total area of land owned by the United States in the State of California is approximately 100,000,000 acres.

11. The land is divided into several categories, including:

- 12. (a) National Forest Land
- 13. (b) National Monument Land
- 14. (c) National Preserve Land
- 15. (d) National Antiquities Land
- 16. (e) National Historical Land
- 17. (f) National Wildlife Refuge Land
- 18. (g) National Wetlands Land
- 19. (h) National Scenic Land
- 20. (i) National Recreation Land
- 21. (j) National Conservation Land
- 22. (k) National Monument Land
- 23. (l) National Preserve Land
- 24. (m) National Antiquities Land
- 25. (n) National Historical Land
- 26. (o) National Wildlife Refuge Land
- 27. (p) National Wetlands Land
- 28. (q) National Scenic Land
- 29. (r) National Recreation Land
- 30. (s) National Conservation Land

12. The following table shows the approximate acreage of land owned by the United States in the State of California, by category:

Category	Approximate Acreage
National Forest Land	10,000,000
National Monument Land	5,000,000
National Preserve Land	3,000,000
National Antiquities Land	2,000,000
National Historical Land	1,000,000
National Wildlife Refuge Land	1,000,000
National Wetlands Land	1,000,000
National Scenic Land	1,000,000
National Recreation Land	1,000,000
National Conservation Land	1,000,000

13. The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, regarding the land owned by the United States in the State of California:

14. The total area of land owned by the United States in the State of California is approximately 100,000,000 acres.

15. The land is divided into several categories, including:

- 16. (a) National Forest Land
- 17. (b) National Monument Land
- 18. (c) National Preserve Land
- 19. (d) National Antiquities Land
- 20. (e) National Historical Land
- 21. (f) National Wildlife Refuge Land
- 22. (g) National Wetlands Land
- 23. (h) National Scenic Land
- 24. (i) National Recreation Land
- 25. (j) National Conservation Land
- 26. (k) National Monument Land
- 27. (l) National Preserve Land
- 28. (m) National Antiquities Land
- 29. (n) National Historical Land
- 30. (o) National Wildlife Refuge Land
- 31. (p) National Wetlands Land
- 32. (q) National Scenic Land
- 33. (r) National Recreation Land
- 34. (s) National Conservation Land

16. The following table shows the approximate acreage of land owned by the United States in the State of California, by category:

Category	Approximate Acreage
National Forest Land	10,000,000
National Monument Land	5,000,000
National Preserve Land	3,000,000
National Antiquities Land	2,000,000
National Historical Land	1,000,000
National Wildlife Refuge Land	1,000,000
National Wetlands Land	1,000,000
National Scenic Land	1,000,000
National Recreation Land	1,000,000
National Conservation Land	1,000,000

17. The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, regarding the land owned by the United States in the State of California:

18. The total area of land owned by the United States in the State of California is approximately 100,000,000 acres.

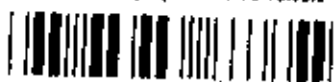
19. The land is divided into several categories, including:

- 20. (a) National Forest Land
- 21. (b) National Monument Land
- 22. (c) National Preserve Land
- 23. (d) National Antiquities Land
- 24. (e) National Historical Land
- 25. (f) National Wildlife Refuge Land
- 26. (g) National Wetlands Land
- 27. (h) National Scenic Land
- 28. (i) National Recreation Land
- 29. (j) National Conservation Land
- 30. (k) National Monument Land
- 31. (l) National Preserve Land
- 32. (m) National Antiquities Land
- 33. (n) National Historical Land
- 34. (o) National Wildlife Refuge Land
- 35. (p) National Wetlands Land
- 36. (q) National Scenic Land
- 37. (r) National Recreation Land
- 38. (s) National Conservation Land

20. The following table shows the approximate acreage of land owned by the United States in the State of California, by category:

Category	Approximate Acreage
National Forest Land	10,000,000
National Monument Land	5,000,000
National Preserve Land	3,000,000
National Antiquities Land	2,000,000
National Historical Land	1,000,000
National Wildlife Refuge Land	1,000,000
National Wetlands Land	1,000,000
National Scenic Land	1,000,000
National Recreation Land	1,000,000
National Conservation Land	1,000,000

Item	Quantity	Unit Price	Amount	Tax	Total
100	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
101	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
102	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
103	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
104	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
105	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
106	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
107	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
108	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
109	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
110	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
111	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
112	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
113	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
114	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
115	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
116	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
117	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
118	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
119	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
120	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
121	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
122	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
123	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
124	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
125	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
126	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
127	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
128	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
129	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
130	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
131	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
132	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
133	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
134	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
135	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
136	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
137	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
138	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
139	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
140	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
141	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
142	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
143	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
144	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
145	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
146	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
147	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
148	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
149	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
150	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
151	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
152	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
153	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
154	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
155	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
156	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50
157	1.00	11.50	11.50	0.00	11.50



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josias Francisco de Souza,

RG nº 2761776, data de expedição 25/10/1982

Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 427.150.164-68, com

domicílio na cidade de Ingazeira, no Estado de

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

Rua Liberato Pereira de Morais, nº 79,

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

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

vítima Denise V. Marques Cordeiro, cujo o condutor era

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro.

Veículo: Ciclomotor

Modelo: I/wuyang wy48a-2

Ano: 2022/2023

Placa: PCO 0393

Chassi: LWYMCA205D6013952

Data do Acidente: 06/07/2019

Local e Data: Tabira - PE 25/11/2019

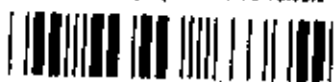
Josias Francisco de Souza

Assinatura do Declarante

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josias Francisco de Souza,

RG nº 2761776, data de expedição 25/10/1982

Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 427.150.164-68, com

domicílio na cidade de Ingazeira, no Estado de

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

Rua Liberato Pereira de Morais, nº 79,

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

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

vítima Denise V. Marques Cordeiro, cujo o condutor era

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro.

Veículo: Ciclomotor

Modelo: I/wuyang wy48a-2

Ano: 2022/2023

Placa: PCO 0393

Chassi: LWYMCA205D6013952

Data do Acidente: 06/07/2019

Local e Data: Tabira - PE 25/11/2019

Josias Francisco de Souza

Assinatura do Declarante

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

PERNAMBUCO 5311

Paciente: Carla Viana Registro:
Clínica: BmF Box/Leito/Enfermaria:

Laudos médicos

paciente vítima de
acidente motociclístico
06/07/19. Lesões com
fratura de C10 @, blow
out @, anel @, anel @,
@ e OPN e fratura @.
Realizado cirurgia pela
Equipe BmF, que se
revela com perda de mo-
ção artroscópica de
fratura @. Realizado
o acompanhamento
ambulatorial pelo grupo
BmF

Data: 21/01/19

Ass: Carla Viana (CREM:)
CRM:

COD. 5

CARTÓRIO IMES GOMES
Serviço Notarial, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoa Jurídica
Rua Cláudio Siqueira Xavier, 9 - Centro - 53030-000 - Fone: (81) 3447-1076
Imes Gomes de Freitas Ferreira - Tabela

Exemplar, para os devidos efeitos, a presente cópia
reprográfica do documento que me foi apresentado, em
Cartório, pela parte interessada,
Dou fe. 10/01/2019, 11/11/2019.
Em testemunho
ROSEANE NOGUEIRA CARDOSO - ESCRIVENTE
Total: 4,15 - APLICADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0078976-PN10201901-00649

da verdade.

Roseane Nogueira F. Cardoso
Escrivente

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: _____

Foi atendido às _____

hs do dia _____

Diagnóstico Provável: _____

*Demir Vanincelas Maciel
Diagnóstico de tumor (C) 1
Cáncer de Testículo*

Tratamento Realizado: _____

*Realizado no Hospital
Cirurgia de Prostatectomia
Transuretral (TUP) com
cistostomia (120 - 145) - Anca*

Observação: _____

Procurar

Cópia de: _____

CID 10: S42.3

S42.0

Médico - CRM nº _____

*DR. CARLOS ALBERTO
TAVARES
CRM nº 29.938*

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002, do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO INÊS GOMES
Serviço Nota-Tal, Protocolo de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Cláudio Siqueira Xavier, 9 - Centro - Tabira/PE - CEP: 56700-000 - Fone: (51) 3847-1026
Inês Gomes de Freitas Ferreira - Tabira/PE

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia
reprográfica do documento que me foi apresentado em
Cartório pela parte interessada
Dout. TABIRA, 04/04/2019.
Em testemunho
da verdade.
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - ESCRIVENTE
Total: 4,48 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0076976, IMLT0201901.00650

Roseane Nogueira F. Galdino
Escrivente



Computa sua cópia em: www.ipe.gov.br/autenticacao



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:

Daniela Vaqueiro de S.

Registro:

Clinica:

Marquês Cabral

Box/Leito/Enfermaria:

LUVO

Prescrição em Farmácia
de farmácia - gravação
Piquinho, TUBO - para
800 ATIVIDADE: L. B. B. B. B.
C. B. 8723

Prescrição 21/01/19.

[Handwritten signature]

Data: 1 / 1 / 1

Ass. Carimbo/Médico CREMEPE

COD. 0340

Serviço Nacional, Processo de Títulos, Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Celso Stange 100, 9 - Centro - Recife - PE - CEP: 50720-000 - Fone: (071) 3847-1025
Instituto Brasileiro de Registro e Títulos - IBRT

Autentico, para os devidos efeitos,
reprográfico do documento que me foi apresentado em
Cartório pela Sra. DANIELA V. de S.
Dout. Fe. TABIRA, 00777-0000
Em testemunho do Verdadeiro,
ROSEANE NOGUEIRA F. CALDINO - ESCRIVENTE
Total: 4,19 *VALOR SOBEMER* COM SETO-SS-AUTENTICAÇÃO
Saldo(s): 0076976.XLB10201901.00651

ROSEANE NOGUEIRA F. CALDINO
Escrivente

Cartório Autenticado em 07/01/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO	PRONTUÁRIO: 1684772	ATENDIMENTO: 01450898
DATA DE NASCIMENTO: 29/08/1994	FOI ATENDIDO EM: 06/07/2019 ÀS 17:31	
	DATA DA ALTA: 02/08/2019 ÀS 12:41	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO (CID: S.72) + FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (CID: S.42.0) + FRATURA DE UMEROS ESQUERDO (CID: S.42) + FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CID: S.52)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO E UMEROS ESQUERDO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTICOAGULANTE;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS;
CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR. FRANCISCO DE ASSIS EM 03 SEMANAS APOS A ALTA

e retornar com o exame

Dr. Thiago Sena

Dr. André Rianca
CREMEPE 26.183

FRANCISCO STANLEY DAMAS NARDEAN - CRM Nº 7472

Recife, 02, AGOSTO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO INÊS GOMES
Serviço Notarial, Protesto de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Clóvis Siqueira Xavier, 9 - Centro - Tabira/PE - CEP: 54720-000 - Fone: (87) 3047-1026
Inês Gomes de Freitas Ferreira - Tabira

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia
reprográfica do documento que me foi apresentado em
Cartório pela parte interessada
Dou fe. TABIRA, 02/08/2019.
Em testemunho da verdade,
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - ESCRIVENTA
Total: 4,19 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0076976.FILDT0201901-00662

Roseane Nogueira F. Galdino
Escriventa

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5406



HOSPITAL DA RESERVAÇÃO

Nome: Daniel Vazquez Rodriguez

Foi atendido às 17.31 hs. do dia 06/07/2019

Diagnóstico Provável: Presença de lesão de dente 71
moderadamente profunda, com exposição radicular
de 1,50 @, inflamação @, sangramento
de gengiva @, OPN e zigoma @, SIO: SO,
1.7.1980, de 3.0 dias de duração
de duração

Tratamento Realizado: Plenum realizado em 19/08/11 por
M. Martins, M. Lima, M. Passos, M. Stalo e
Loggia para reunião de 12 pessoas e
reunião de 12 pessoas de manutenção, realizado
em 15/08 e 04/09 de 2011.

[illegible]

Dr. J. S. Gomes R.M. Nº 123456789
Cirurgião e Traumatologista
CRM - MACHO - FAV. AL

ATENÇÃO: Este documento comprova o atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO INÊS GOMES
Serviço Notarial, Protesto de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas.
Rua Clóvis Siqueira Xavier, 9 - Centro - Taboão da Ilha - CEP: 56780-000 - Fone: (27) 3847-1026
Inês Gomes da Fátima Ferreira - Tabelião

Cód. 0157

Autentico, para os devidos afetos, a presente copia
reprográfrica do documento que me foi apresentado, em
Cariorio pela parte interessada.

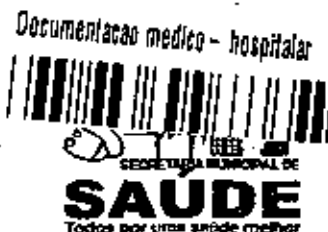
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - ESSEVENTE
Total: 4.19 - VALIDO SÓFONTE

02101211 DDZ6976 WYP10201901 Roseane Nogueira F. Galdini
Escravento

Consult www.fishbase.org for more information.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 06.07.19 às 08:33		Nº Ocorrência: 06
Nome: Denise Dantas dos Santos		Nascimento: 28.08.94
Profissão: Paralela	Sexo: F	Doc. Ident.:
End.: Avenida de Anas		Nº do SUS:
Responsável:		
End/Fone: 7000 Rural		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐		
Agressão ☐ Consulta ☐		
SpO2 = 98% em O2 FC 95 bpm. AP 09.08h.		

Pressão Arterial: 90x60	Peso:	Temperatura:
-------------------------	-------	--------------

Histórico e Exame Físico:
Paciente vítima de acidente de trânsito, girou 15, em asfalto e fratura fêmur e umano agudo.
HGT: 134 mg/dl + 23 leuc.

Tratamento:
Volta para casa
Medicamento + 14 dias
SO e 5% 500mg
SF 0,9% 500mg
Unidades + com gesso + laço
+ curativo para res/fe. control. 12h

Impressão Diagnóstica: Acidente de trânsito
Delegado de Polícia: [Assinatura]
CREMEPE: 21218
CREMEPE: 1102

Destino do Paciente	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☒
Remetido para Hospitais			

Obito às _____ horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:
Autentico, para os devidos efeitos, apresento copia reprográfica do documento que se foi apresentado em Cartório pela parte interessada.
Doufe, TABIRA, 04/08/19.
Em testemunho da verdade.
ROSEANE NOGUEIRA FRUSTINO GALDINO - ESCRIVENTE
Total: 4,19 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0076976.MPT0201904-00648
Roseane Nogueira F. Galdino
Escrivente
Correio eletrônico em: www.sos-lu.info@com.br



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

DECRETO Nº 14.461

Paciente: Dennis Viana Registro: _____
Clínica: BMT Box/Leito/Enfermaria: _____

Laudo médico

paciente vítima de
acidente motociclístico de
06/07/19. Emprego em
latão de C10 @, elos
aut @, anelo mandrila
@ o OPN @ zigue @.
Realizado cirurgia pela
Equipe BMT, quanto
a essa com perda de mo-
vão antes posterior de
zigue @. Encaminhado
e acompanhado
ambulatorial pelo grupo
BMT

Data: 12/10/19

Ass: Carimbu Médico (CREM) _____
CRO/PE 12247

COD. F.

CARTÃO DE INSCRIÇÃO

Serviço Notarial, Registro de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Registro de Arquivos
Rua Cláudio Nogueira, 100 - Centro - 50050-000 - Recife (PE) 1847-1200
Instituto Brasileiro de Registro e Cartório

Exatidão, para os devidos efeitos, a presente cópia
reproduzida do documento, que se encontra arquivado em
Cartório para a prática de atos notariais.

Em testemunho

ROSEANE NOGUEIRA F. CARDINO - ESCRIVENTE

Total: 4,19 - APLICADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Salto: 0078976-RN41021901-00648

Roseane Nogueira F. Cardino

Escritor

HR
HOSPITAL DA REABILITAÇÃO

Nº Apendimento:

Name: Dennis VanCanciles, Manager

Foi atendido às _____ hs do dia _____

Diagnóstico Provável:

Dispositivo de unres C
Con el lote el protocolo C

Tratamiento Realizado:

Tratamento Realizado: Realizado Tratamento
Químico em Dióxido de
Cloro (Cl₂) com
Resíduos de Intemper
do material (Cl₂ - 1455) - Arce

Observação:

Cópia de :

CID 10: 542.3

22/10/19: 52.0

Médico – CRM

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARLOS EDUARDO LINS GOMES
 Serviço Municipal, Prefeitura de Itaquara, Assessoria de Inovação e de Títulos e Documentação, e Pesquisa Arqueológica
 Rua Cláudio, Segunda Avenida, s/nº, Centro - Taboão da Ilha - CP: 56788-000 - Fone: (17) 3547-1526
 E-mail: gomes@carloseduardo.com.br

Autentico, para os devidos efeitos
reprografia do documento e presente copia
Carlotto pela parte interessada em
Data de TOLIMA 04/12/2019
En Testamento
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO - ESCRIVÃO da verdade.
Folias: 48 - VALIDO SEMPRE COM SELLO DE AUTENTICIDADE
Data(s): 0076976, INL162NTSRT-00650

Roseane Nogueira F. Galvão
Escrivão

Código QR Code: <http://www.br.gov.br/tribuna>



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:

Paula Vazquez S.

Registro:

Clinica:

Parque Condor

Box/Leito/Enfermaria:

Unidade

Prescrição em Farmácia
De farmácia de venda
Prescrita, para ser
usada em atividades físicas
em 8723

Assinatura 22/11/19.

Data: ____/____/____

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

Cartório Inês Gomes
Serviço Notarial, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Registro de Empresas Individuais
Rua Cícero Almeida, 100, Centro - Recife/PE - CEP: 50020-000 - Fone: (071) 3421-1016
Insc. Estadual nº 15.111.111-11

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia
reprográfica do documento que me foi apresentado em
Cartório pela Sra. Inês Gomes, apresentando em
Dou. fe. 10819, datado de 22/11/19.
Em testemunho
ROSEANE MOQUEIRA F. CALDINO - ESCRIVENTE
Total: R\$ 19 - VALIDO SOMENTE COM SELLO-95-AUTENTICO
Selo(s): 0078978 ALB10201901 00051

Roseane Moqueira F. Caldino
Escrivente

Cartório Autentico em nome do Estado de Pernambuco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO	PRONTUÁRIO: 1684772	ATENDIMENTO: 01450898
DATA DE NASCIMENTO: 29/08/1994	FOI ATENDIDO EM: 06/07/2019 ÀS 17:31	
	DATA DA ALTA: 02/08/2019 ÀS 12:41	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO (CID: S.72) + FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (CID: S.42.0) + FRATURA DE UMEROS ESQUERDO (CID: S.42) + FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CID: S.52)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO E UMEROS ESQUERDO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTICOAGULANTE;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS;
CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR FRANCISCO DE ASSIS EM 03 SEMANAS APOS A ALTA

e retornar com um atestado

pt Dr. Thiago Sena

Dr. Roger Almeida
CREMEPE 2.193

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLLEAO CRM 7472

Recife, 02, AGOSTO 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO INÊS GOMES

Serviço Notarial, Protesto de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Clóvis Siqueira Xavier, 9 - Centro - Taboão/PE - CEP: 56780-000 - Fone: (81) 3447-1024
Inês Gomes de Freitas Ferreira - Tabelão

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia
reprográfica do documento que me foi apresentado em
Cartório pela parte interessada
Dou fe, TABOÃO, 02/08/2019.
Em testemunho da verdade.
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - ESCRIVENTE
Total: R\$ 0,15 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selos: 0076976, MEU0201901-00662

Roseane Nogueira F. Galdino
Escritor

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

FICHA DE ESCLARECIMENTO



Nome: David Viana de Mafra
 Foi atendido de: 13.30 a: 14.00

Foi atendido de 17:31 hs. do dia 06/07/2019

Diagnóstico Provável: paciente leucêmico cu anemia
moderada, leucocitose
de L10 @ plasmocit @, monócitos
distintos @, 0 PM e 30 gran @ CID: 50.8
+ leucemia de 30 dias cu anemia
dorada

Tratamento Realizado: Plano de tratamento de 15/10/81, por
moderato, milon, m. branco, m. preto, m. claro
engrossado para ressecar de 10 a 12 dias de uso
de 15 a 20 dias de uso, m. branco, m. preto, m. claro
de 15 a 20 dias de uso, m. branco, m. preto, m. claro

[illegible]

Retorno ao ambulatório de M. Carlini 9/13/00
do dia 12/09/19 ao dia 12/09/19

Dr. JESSIE GARMAN No
CIPUNTIA E TRAUMATOLOGIA
NICO - MARIO - FACIAL

ATENÇÃO: Este documento serve como comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO INES GOMES
Serviço Notarial, Arquivo de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas.
Rua Olavo, Siqueira Xavier, 9 - Centro - FIDHAFPE - CEP: 56730-000 - Fone: (87) 3847-1026
Indic. Cartório de Títulos e Documentos - Tabelião

Cód. 0157

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia
reprográfrica do documento que me foi apresentado ao
Cartório pela parte interessada.
Sou fe. TORREAO

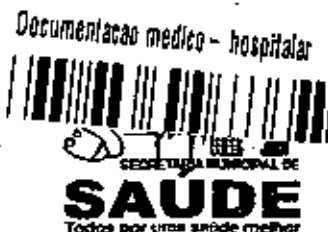
0350.10. TABIRA - 04/11/2009
Emissão: junho
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - EGRESSO da verba
Total: 4,19 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENT. CIDADE
Selo(s): 0026976.WYP10201901. CRASBPMO INDIVIDUAL F 31/06

Escritor

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 06.07.19 às 08:33		Nº Ocorrência: 06
Nome: Denise Dantas dos Santos		Nascimento: 28.08.94
Profissão: Paralelela	Sexo: F	Doc. Ident.:
End.: Avenida de Anas		Nº do SUS:
Responsável:		
End/Fone: Fone Rural		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐		
Agressão ☐ Consulta ☐		
SpO2 = 98% em O2 FC 95 bpm. AP 09.08h.		

Pressão Arterial: 90x60	Peso:	Temperatura:
-------------------------	-------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente de trânsito, girou 15, em asfalto e fratura fêmur e umaco agudo.

HGT: 134 mg/dl + 23 leuc.

Tratamento:

Voltaram em 1h 15 min com + 14 g de S.O. e 5% 500ml SF 0,9% 500ml

Unidades + com gesso + laço feito + curativo para resfe. curativo feito

Impressão Diagnóstica: Acidente de trânsito

Delegado de Polícia: [Assinatura]

CREMEPE: 21218
CREMEPE: 1102

Destino do Paciente	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☒
Remetido para Hospitais			

Obito às _____ horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que se foi apresentado em Cartório pela parte interessada.

Dou-Fe, TABIRA, 04/08/2019.

Em testemunho da verdade.

ROSEANE NOGUEIRA FRUSTINO GALDINO - ESCRIVENTE

Total: 4,19 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Selo(s): 0076976.MPT0201904-00648

Roseane Nogueira F. Galdino
Escrivente

Corrente e autenticidade em: www.Sao.Lu.Internet.com.br



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

DECRETO Nº 14.461

Paciente: Dennis Viana Registro: _____
Clínica: BMT Box/Leito/Enfermaria: _____

Laudo médico

paciente vítima de
acidente motociclístico
06/07/19. Emprego em
latão de C10 @, elev
aut @, anelo mandrila
@ o OPN @ zigue @.
Realizado cirurgia pela
Equipe BMT, quanto
aquela com perda de mo-
vão antes posterior de
zigue @. Encaminhado
e acompanhado
ambulatorial pelo grupo
BMT

Data: 12/10/19

Ass: Carimbu Médico (CREM) _____
CRO/PE 12247

COD. F.

CARTÃO DE INSCRIÇÃO

Serviço Notarial, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Registro de Imóveis
Rua Cláudio Nogueira, 100 - Centro - 50050-000 - Recife (PE) 1847-1200
Instituto de Registro de Imóveis - (IARI)

Exatidão, para os devidos efeitos, a presente cópia
reproduzida do documento, que se encontra arquivado em
Cartório para a prática de atos notariais.

Em testemunho

ROSEANE NOGUEIRA F. CARDINO - ESCRIVÃO

Total: 4,19 - APLICADO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Salto: 0078976-RN1021901-00648

Roseane Nogueira F. Cardino

Escrivão

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: Denise Vasconcelos Marques

Foi atendido às _____ hs do dia 22/10/19

Diagnóstico Provável:

Fratura Clavícula @
Disfunção do umero @
Conc. lateral costal @

Tratamento Realizado:

Realizado Tratamento
clínico em Disfunção de
Umere @
com Realização de intervenção
do costal @ 20 - 1455 - free

Observação:

funcional

Cópia de:

CID 10: S42.3
22/10/19 542.0

Médico - CRM 55505/PE

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Serviço Especial: Prémio de Trabalho, Aplicação de Incentivos e Correlatos e Documentação e Pesquisa Jurídica
Rua Elton Aguiar Xavier, 9 - Ondina - Recife - PE - CEP: 50760-000 - Fone: (51) 3467-1200
Instituto de Defesa do Cidadão - IDOC

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia
reprográfiada do documento que me foi apresentado em
Cartório pela Cartório de Registro
Data de: 22/10/19
Em Testemunho
ROSEANE MOURA FRAUSTINO DE LIMA - ESCRITURANTE
Tolal: 4.48.498.100 SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICAÇÃO
Selo(s): 0076976, 111.1627801, 00650

Roseane Moura F. Caldeira
Escriturante

Cartório de Registro - 111.1627801



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:

Paula Vazquez S.

Registro:

Clinica:

Parque Residencial

Box/Leito/Enfermaria:

Unidade

Prescrição de medicamento
de febre de 10 dias
prescrito, tratado para
suas atividades laborais
em 8723

Assinatura 22/11/19.

Data: 1/1

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

Cartório Inês Gomes
Serviço Notarial, Registro de Imóveis, Registro de Títulos e Documentos e Registro de Pessoas Jurídicas
Rua Cícero Almeida, 100, Centro - Recife/PE - CEP: 50050-000 - Fone: (071) 3441-1016
Insc. Cartório de Feitas Feitas - 100000000

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia
reproduzida do documento que me foi apresentado em
Cartório pela Sra. Inês Gomes, inscrita no
CNPJ nº 07.112.111/0001-90, em 22/11/2019.
Em testemunho do que é verdade,
ROSEANE NOGUEIRA F. CALDINO - ESCRIVENTE
Total: R\$ 15,00 (Vinte e Cinco reais) - ESCRIVENTE
Selo(s): 0078978 ALB10201901 00051

Roseane Nogueira F. Caldino
Escrivente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO	PRONTUÁRIO: 1684772	ATENDIMENTO: 01450898
DATA DE NASCIMENTO: 29/08/1994	FOI ATENDIDO EM: 06/07/2019 ÀS 17:31	
	DATA DA ALTA: 02/08/2019 ÀS 12:41	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO (CID: S.72) + FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA (CID: S.42.0) + FRATURA DE UMEROS ESQUERDO (CID: S.42) + FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CID: S.52)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO E UMEROS ESQUERDO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTICOAGULANTE;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 DIAS;
CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR FRANCISCO DE ASSIS EM 03 SEMANAS APOS A ALTA

e retornar com um curativo

pt Dr. Thiago Sena

Dr. Roger Almeida
CREMEPE 2.193

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLLEAO CRM 7472

Recife, 02, AGOSTO 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO INÊS GOMES

Serviço Notarial, Protesto de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Clóvis Siqueira Xavier, 9 - Centro - Taboão/PE - CEP: 56780-000 - Fone: (81) 3447-1024
Inês Gomes de Freitas Ferreira - Tabelão

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia
reprográfica do documento que me foi apresentado em
Cartório pela parte interessada
Dou fe, TABOÃO, 02/08/2019
Em testemunho da verdade.
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - ESCRIVENTE
Total: R\$ 0,15 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selos: 0076976, MEU0201901-00662

Roseane Nogueira F. Galdino
Escritor

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

FICHA DE ESCLARECIMENTO



Nome: David Viana de Mafra
 Foi atendido de: 13.30 a: 14.00

Foi atendido de 17:31 hs. do dia 06/07/2019

Diagnóstico Prévavel: ~~paciente leucêmico de origem~~
~~médica crônica, com síndrome febril~~
~~de CxO (Pneumonia) e angina~~
~~difusa (COPD) e zoonose (CID-50)~~
~~e Neisseria de 30 dias de evolução~~

[illegible][illegible]

Retorna ao ambulatório de M. Carlini 9/3/07
do dia 12/09/19 para acompanhamento

Dr. JESSIE G. KARM N
DIPLOMA E TRAUMATOLOGIA
MIGRO - MARIO - FALAL

ATENÇÃO: Este documento comprova o atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas. Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2052 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CARTÓRIO INES GOMES
Serviço Notarial, Arquivo de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Olavo, Siqueira Xavier, 9 - Centro - 12045-000 - (019) 56730-000 - Fone: (187) 3847-3026
Insc. Cartório de Títulos e Documentos - Tabelião

Cód. 0157

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia
reprográfrica do documento que me foi apresentado em
Carlorio pela parte interessada.
Sou fe. TOBIRA - 04/11/2014
Emtestemunho
ROSEANE NOGUEIRA FAUSTINO GALDINO - Escrevente da verdade
Total: 4,19 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO
Selo(s): 0028976 WYP10201901 Roseane Nogueira F. Galdino
Escrevente

Chemische Aufarbeitung des mit Wasser gewaschenen Feststoffes:

Documentos de identificação



REPÚBLICA DE PORTUGAL GOVERNO DA REPÚBLICA MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL	
DENISE VASCONCELOS MARQUES CORREIA	
	DOC. IDENTIDADE / OUT. FISCAL / CN 911401 SUS PE
	CPF 108.631.084-06
	DATA NASCIMENTO 29/08/1994
	PLACAO FLACISVAL MARQUES SOBR TERO MARIA DE Fátima VASCON CELSO MARQUES
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1560048986	Nº REGISTRO 06203342492
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1560048986	DATA DE EMISSÃO 08/05/2019
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1560048986	DATA DE EXPIRAÇÃO 02/02/2019
OBSERVAÇÕES RAR	
Denise V. Marques Correia	
LOCAL AVOÍÇADOS DA TRAVESSIA, PE	
DATA PRESENCIAL 03/01/2018	
Assinatura Legal Assinatura Presidencial PERNAMBUCO	
01985611470 99083664815	

Documentos de identificação



REPÚBLICA DE PORTUGAL GOVERNO DA REPÚBLICA MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA DE REGISTRO E NOTARIADO	
DENISE VASCONCELOS MARQUES CORREIA	
	DOC. IDENTIDADE / OUT. FISCAL / CN 914201 SUS PE
	CPF 108.631.084-06
	DATA NASCIMENTO 29/08/1994
	FILIAÇÃO FLACISVAL MARQUES SOBR INEO MARIA DE FÁTIMA VASCON CELSO MARQUES
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1560048986	Nº REGISTRO 06203342492
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1560048986	DATA DE EMISSÃO 08/05/2019
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1560048986	DATA DE EXPIRAÇÃO 02/02/2019
OBSERVAÇÕES RAR	
Denise V. Marques Correia	
LOCAL AVOÍÇADOS DA TRAVESSIA, PE	
DATA EMISSÃO 03/01/2018	
Assinatura Legal Assinatura Provisória Assinatura do Registrado	
PERNAMBUCO	

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012382296528

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 24221168964

VL	1	1080049190	*****
NOME/ENDEREÇO			
JOSIAS FRANCISCO DE SOUSA R LIBERATO PEREIRA DE MORAIS 79 CS CENTRO INGAZEIRA-PE 56830-000			
CPF/CNPJ		PLACA	
427.150.154-58		2C00193	

DATA-MOTOR E COBERTURA COM DE MOTOR

PLACA ANTIGA	CLASS
*****	LUYMCA20506012952
ESPECIE PRO	COMBUSTIVEL
PAS /CICLOMOTOR	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB - ANO MOD
I/WUYANG WY480-2	2012/2013
CAP/POT/CV	CATEGORIA
20/49CV	PARTIC
20161590	COR PREDOMINANTE
	VERMELHA
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA	
INGAZEIRA-PE 14/03/16	
Charles Andrew Sousa Ribeiro	

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 3.000

NOME DO COMPRADOR: CICE RO RODRIGUES FERREIRA
RG: 9113728 CPF/CNPJ: 76557102915
ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ELADIO RAMOS N.º
510 SERTANIA - PE

LOCAL E DATA: 14/03/16
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): J. Sousa Francisco de Sousa

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e incidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

DUT



CARTÓRIO INÊS GOMES
Serviço Notarial, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos - Pessoas Jurídicas
Rua Clóvis Siqueira Xavier, 9 - Centro - Tabira/PE - CEP: 56780-000 - Fone: (87) 3647-1026
Inês Gomes de Freitas Ferreira - Tabira/PE

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia
reprográfica do documento que me foi apresentado em
Cartório pela parte interessada.
Dou fe. TABIRA, 22/11/2015.
Em testemunho da verdade:
MARCELA SOARES DE SOUSA - ESCRIVENTE
Total: 4,19 + VALOR SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0076976.65510201901.01762

Marcela Soares de Sousa
Escrivente Autorizada



Marcela Soares de Sousa
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0398905/19

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

CPF: 108.631.064-04

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: DENISE VASCONCELOS
MARQUES CORDEIRO

CPF de: Próprio

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO : 108.631.064-04

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: 13/11/2019
Nome: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
CPF: 108.631.064-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0398905/19

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

CPF: 108.631.064-04

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DENISE VASCONCELOS
MARQUES CORDEIRO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO : 108.631.064-04

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: 13/11/2019
Nome: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
CPF: 108.631.064-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0463225/19

Vítima: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDE

Data do acidente: 06/07/2019

CPF: 108.631.064-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DENISE VASCONCELOS
MARQUES CORDEIRO

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO : 108.631.064-04

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: 20/12/2019
Nome: DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO
CPF: 108.631.064-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

DENISE VASCONCELOS MARQUES CORDEIRO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Conc

/Atraso na data do último documento

3190636839 Justificativa – Nº ASL ou Processo

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

() Solicitação 06

() Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
28/11	20/12

Nome: Tânia Pinto

Eu Denise Vasconcelos Marques Cordeiro, Casada, agricultora,
Portadora do RG: 9.334.801 e CPF: 308.633.064-04,
residente no sítio Arara, Tabira - PE.

Venho através desta carta informar que a motocicleta
a qual eu estava conduzindo no momento em que sofri
o acidente no dia 06 de julho deste ano de 2019 (uma wuyang
WY48Q-2 2012/2013 Vermelha de placa PCO 0133) não
estava e nem está em meu nome.

Solicito então que seja reavaliado o meu caso que possui
o nº de sinistro: 3190636839. Sendo assim segue em anexo
como forma de comprovação uma cópia autenticada do
recibo constando que não sou proprietária e juntamente
com tudo isto, envio também a declaração do proprietário.
Desde já agradeço a atenção.

Denise Vasconcelos Marques Cordeiro