

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000010026508-1

---

Nr. da Autenticação 9625CF1C93E7620D

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josimária Barbosa da Silva

RG nº 8.501.319, data de expedição 14/05/2014 Orgão SDS-PE

CPF nº 104.249.914.46 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 Chácara do Riquieço</u>
Número	<u>12</u>
Apto / Complemento	<u>coxa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim - PE, 25/02/2019

Assinatura do Declarante: X Josimária Barbosa da Silva

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





TIM S.A.  
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 1270 FIES -  
PRÉDIO APOLÔNIO EMILIANO DE LIMA - PE  
CNPJ: 02.421.421/0001-55 - IE: 0283511-09  
CNP: 06.941.421/0001-55 - IE: 0283511-09

GEANE DA SILVA COUTINHO  
RUA DA ALEGRIA, 317, CASA  
CENTRO  
55700-000 - LIMOEIRO - PE

CLIENTE: 1.36574185

CIFCNP: 02964879451

ACESSO: 81.99938-8886

R\$ 44,99

VENCIMENTO

25/01/2019

EMIÇÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 14/01/2019

FATURA: 3647577216

DÉBITO AUTOMÁTICO: 000000000136574185019

#### IMPORTANTE PARA GEANE

Prezado cliente, excepcionalmente esta mês para o vencimento 25/01/2019, o faturamento poderá ser pago até o dia 25/01/2019 sem cobrança de juros e multa. Para os demais vencimentos o prazo de pagamento permanece inalterado.

#### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

##### MENSALIDADES

Verifique que seu plano oferece

Fransquia TIM Controle Light Plus 8199938886

(0937055/3MP)

TIM Backup 5GB

TIM Banca Virtual

FRANQUIA QUANTIDADE Nº DIAS VALOR

1 1 44,99

Inclui:

Inclui:

44,99

Total de Mensalidades

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



NOME DO CLIENTE

GEANE DA SILVA COUTINHO

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

000000000136574185019

DATA DE REFERÊNCIA

JAN/2019

DATA DE RECEBIMENTO

25/01/2019

VALOR

R\$ 44,99

84630000000 - 3

44990109011 - 7

00364757721 - 6

8092118013 - 7

VIA BANCO



Página 1 de 1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS  
DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 001.309.564-B8

TIM S.A.

Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 1270 FIES -

CNPJ: 02.421.421/0001-55 - IE: 0283511-09

EMIÇÃO: 07/01/2019

REFERÊNCIA: JAN/2019

PERÍODO: 07/01/2019 A 06/01/2019

CPQP: 8.307

#### ENDEREÇO FISCAL

GEANE DA SILVA COUTINHO

CIFCNP: 02964879451

RUA DA ALEGRIA, 317, CASA

CENTRO

55700-000 - LIMOEIRO - PE

ITEM QUANTIDADE VALOR

1 Fransquia TIM Controle Light Plus 30,19

TOTAL TIM S.A. 30,19

ICMS Base de Cálculo R\$30,19

8,08

Reservado ao Fisco: CRZ55606CTCLCABD3207B0CL4850.07B0

Alíquota 30%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

Alíquota 3,65%

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Control de Atendimento: 1896

Muito para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo App ou Site Meu TIM. Acesse o App ou visite [meutim.tim.br](http://meutim.tim.br) para mais detalhes sobre Conta Digital.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Geane da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794/51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josivanina Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.249.914/46 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josivanina Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.249.914/46 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência Junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua da Alegria</u>		Número <u>317</u>	Complemento <u>com</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Limoeiro</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.700-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99938-8886</u>

Limoeiro de 25 de Fevereiro de 2019  
Local e Data

Geane da Silva Coutinho  
Assinatura do Declarante

15.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dorival José de Lima

RG nº 7070625 data de expedição 09/05/2002

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 070.001.594-99, com domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Varzea Alegre, nº SNV

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Josivânia Barbosa da Silva cujo o condutor era

Josivânia Barbosa da Silva

Veículo: motocicleta Honda CG 150 TITAN EX

Modelo: 2012

Ano: 2012

Placa: PFW-0150

Chassi: 9C2KC1660CR545514

Data do Acidente: 05/01/2018

Local e Data: Bom Jardim, 10 de agosto de 2018.

Cartório

X Dorival José de Lima  
Assinatura do Declarante

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



**Cartório Sérgio Vasconcelos**  
Sérgio Ricardo Vasconcelos - SRELIAM

Rua Cavallotti Lima, 12 - Centro  
Bom Jardim - PE 55730-000  
Tel: (81) 3638-1210

Reconheço por Autenticidade a firma de DORIVAL JOSÉ DE LIMA, Bom Jardim, 10 de agosto de 2018. Em test. da Verdade, JOSÉ LUIZ BEZERRA, SUBSTITUTO Emol.: R\$ 3,39 - FISC.: R\$ 0,40 - TSN: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,59 Selo: 0077986.PEN05201801.02123 Consulte autenticidade em [www.sigep.jus.br/selooriginal](http://www.sigep.jus.br/selooriginal)

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

# CENTRO DE DIAGNÓSTICO

# COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

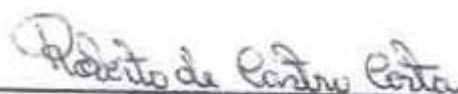
- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que a Sra. JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 05/01/2018, sofrendo LESÃO LACERO CONTUSA NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO, submetida a sutura do ferimento e curativo oclusivo. Atualmente apresenta dor à palpação na face anterior do joelho direito, com deficit de força muscular do MID. RX do joelho direito normal e Rmn Joelho direito com Tendinopatia patelar. Encontra-se de alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 06/09/2018



Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11730/TEOT: 7334

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
CRM: 11.730

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



**HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO**

Data	05.01.2018	Hora	17:20	Registro	561049
Nome	Yazimara Barbosa da Silva				
Endereço	Sítio Varzea Alegre			Referência	
Bairro				Cidade	Bom Jardim
Idade	24 anos	Sexo	F	Cor	
Responsável	Silvana Justino Barbosa				
Endereço Responsável				Fone:	
Nascimento	15.09.1993	SUS:		706507393057295	

**DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO**

☒ **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

VEÍCULO MODO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

☐ **AGRESSÃO**

POR MODO	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

☐ **ACIDENTE DE TRABALHO**

ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--------	---	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

☐ **AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO**

	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

☐ **OUTROS TIPOS DE ACIDENTES**

	<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--	--	--	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

☒ **LOCAL DE OCORRÊNCIA**

	<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
--	---	------------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

**QUEIXAS**

Dores de cabeça, náusea, vômito e febre.

**EXAME FÍSICO**

PA	PESO	FC	PULSO	TEMPERATURA
----	------	----	-------	-------------

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA DE SEGURANCA

07 MAR 2018

Rua da Aurora, 115 - 51.000-000  
 Boa Vista - CEP: 56.060-010

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

**PROCEDIMENTOS**

Anamnese + Exame físico + Sinais vitais + exames

**MÉDICO RESPONSÁVEL**

Dr. Rafael Duarte  
 Médico  
 CRM: 117.448





# UESB Consultórios Médicos

CARDIOLOGIA  
(Eletrocardiograma)

COLPOSCOPIA

CITOLOGIA  
ONCÓTICA  
(Prevenção de Câncer  
Ginecológico)

CLÍNICA MÉDICA  
(Eletrocardiograma)

DERMATOLOGIA

OFTALMOLOGISTA  
(Oculista)

GINECOLOGIA E  
OBSTETRICA

PSQUIATRIA

LABORATÓRIO DE  
ANÁLISES

MEDICINA DO  
TRABALHO

PEDIATRIA

PSICOLOGIA

ORTOPEDISTA

OTORRINO

ULTRASSONOGRAFIA

UROLOGIA

laudo Médico

Atesto que JOSIVÂNIA BARBOSA  
da SILVA (RG 8.501.319 SSP/PE)  
vítima de acidente motociclístico  
em 08/03/2018, sofreu lesão  
(ruptura) parcial do tendão patelar  
do joelho D (C19, S86.2) e  
lesão extensa de partes moles  
da face anterior do joelho D. Realizou  
tratamento com pequena  
cirurgia para sutura das lesões  
coissas do joelho D e posterior  
imobilização. Apresenta-se com debilidade  
funcional de 50% do MIP, com  
diminuição da força e estabilidade  
do joelho D. Atto médico definitivo  
congruo - PE

Dr. João Luiz da Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 12635

CARPIA - Av. Congresso Eucarístico Internacional, 842 - Jd. Santa Cruz - Fone: (81) 3521.3955 / 3522.1350  
SÃO LOURENÇO DA MATA - Av. Doutor Francisco Correia, 1278 - Centro - Fone: (81) 3525.3958 / 3529.0054  
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - Rua Joaquim Nabuco, 221 - Matriz - Fone: (81) 3525.4898 / 3525.1028

05.802.494/0001-A1  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 135, 9º andar, C  
Boa Vista - CEP 50.060-210  
RECIFE-PE



PREFEITURA DO  
**BOM JARDIM**

Nome: Josiane Barbosa da Silva

Endereço: \_\_\_\_\_

**RECEITUÁRIO**

Laudô Médico

Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma no joelho (D) evoluindo com peritendinite e dor refratária a fisioterapia.  
(CID 10 M23)

Bom Jardim, 01/08/18

[Assinatura]  
Médico

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 9º andar  
Bos Vela - CEP: 50.960-010  
RECIFE-PE

Impetrem Juvenil do  
folho D. em trat.  
Unico-fisioterapia  
Nacional ex. d. izna.

Limoso 08/03/18

Dr. José Vasconcelos  
Traumatologia Ortopédica  
CRM 2424

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, 2.º Andar, C  
Bela Vista - CEP: 55.060-010  
RECIFE-PE



**HOSPITAL  
DO VALE**  
INSTITUTO VALE DO COMARCADE  
INNOVAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE  
CNPJ: 19.289.494/0001-02

Joanina Barosa Silva

ATESTADO

ATESTO que a preicate  
NENHA E. PORIMBURA DE  
FELICIA FELICIA D. N. do  
FELICIA D. VITIMA DO  
MATECICLERA (KIC), OCORRIDO  
EM 05/01/2018.

NO MOMENTO APRESENTA DOR,  
DORRADO PORTECICLERA E SINDROME

Tratamento - Ortopédico  
CRM 2424

Rua Severino Vasconcelos Aragão, 117 - José Fernandes Salza  
CEP: 55.700-000 - Limoeiro/PE - Fone: (81) 3628.0166 - Fax: (81) 3628.1317





PREFEITURA DO  
**BOM JARDIM**

Nome: Josiliana Barbosa

Endereço: \_\_\_\_\_

## RECEITUÁRIO

Fisioterapia para Jallwa  
— 20 sessões

HR: Ferimentos anteriores no  
goleiro

Bom Jardim, 15/02/2019

[Assinatura]  
Médico

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Prontuário: 01603582

Pedido: 196430

Paciente: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

Médico Solicitante: Dr.(a) JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA

Data do Atendimento: 05/07/2018

Convênio: SUS

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

### TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens do joelho direito através de sequência ponderada em T1 no plano sagital e ponderada em T2, e em densidade prótons com supressão de gordura nos planos axial, coronal e sagital.

### -ANÁLISE:

- Presença de tendinopatia patelar importante caracterizado por aumento da espessura tendínea e hipersinal na sequência ponderada em FAT sem evidência de rupturas transfixantes associada a peritendinite com leve edema circunjacente ao tendão patelar. O tendão quadríceps encontra-se em contiguidade.
- Mínima quantidade de líquido intrarticular sem derrame patológico franco.
- A patela é de topografia habitual de acordo com os critérios Caton-Deschamps. A patela é do tipo II de Wiberg sem básculas importante exibindo mínimo edema condral na transição do vértice com a faceta lateral sem extensão ao osso subcondral.
- Tróclea femoral com sulco mantido exibindo cartilagem de revestimento íntegra.
- Na avaliação da cartilagem dos côndilos observa aspecto normal mesmo nas áreas de carga.
- Ligamentos cruzados em contiguidade.
- Ligamento colateral medial e colateral lateral íntegro.
- Banda iliotibial em contiguidade.
- Menisco lateral íntegro.
- Menisco medial íntegro.
- Planos musculares livres.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Bos Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Nome: Frederiana Barbosa da Silva

Endereço: — — — — —

## RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos fins, que a referida paciente. Portadora de ruptura parcial do tendão patelar (MID). No momento apresenta Sequela. Diminuição de força em quadriceps (MFD), déficit de propriocepção, instabilidade patelar. Não apresenta condições clínicas para retornar as suas atividades laborais. CID - 581/586

Dr. Andrew Jackson  
Fisioterapeuta  
Acupunturista  
CREFITO 172517-F

*[Handwritten signature]*

Bom Jardim, 07/03/2018

Médico

05.802.494/0001-41  
IRACIÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.063-010  
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO **08R11**

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO EAVANES BENE



*Josivânia Barbosa da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **8.501.319** DATA DE EMISSÃO **14/05/2014**

SOM << JOSIVÂNIA BARBOSA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ BARBOSA DA SILVA >>  
<< SILVANA JUSTINO BARBOSA >>

NATURALIDADE BOM JARDIM - PE DATA DE NASCIMENTO **15/09/1993**

DCC. GIDEN << CN.15076 LA12 F.182 CART. BOM JARDIM-PE 04.10.1993 >>

CNP 104.249.914-46

LEI Nº 2.317 DE 23/08/00

F-60 90.542 - 9531

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição  
**104.249.914-46**

Nome  
JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

Nascimento  
15/09/1993



Cartão de uso pessoal e intransferível  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão  
SET/2010

 BANCO DO BRASIL

05.802.494/0001-41  
TRIAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 302 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

**GRACE DA SILVA COSTA**

**DO: CONTADOR (OAB) 537115-0000-00**  
**537115-0000-00**

**CPF: 029.648.794-51**  
**DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1976**

**ENDEREÇO:**  
**GERALDO SERTIÃO DA SILVA**  
**DUVALINA MARIA DA SILVA**

**PROFISSÃO:**  
**ACE**  
**CEP: 55**

**RECEBIMENTO: 000000000000**  
**VALIDADE: 10/04/2021**  
**PROROGAÇÃO: 05/11/2019**

**INSCRIÇÃO:**  
**SEM OBSERVAÇÕES**

*Grace da Silva Costa*

**LOCAL: LIMOEIRO - PE**  
**SOLUÇÃO: 02/05/2019**

**442116000004**  
**98072560591**

**DETAN - PE (PERNAMBUCO)**

**1224143342**

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 07 MAR 2019  
 Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP 50.060-010  
 RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013728451443  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

UA 000 RENAVAM RÁDIO ESPÉCIMO  
L 465755742 \*\*\*\*\* 2018

NOME  
DORIVAL JOSE DE LIMA

CASA BOM JARDIM-PE

070.001.544-99 PLACA 2580150

PLACA ANT. Nº 902KCI660CB545514

ESPÉCIMO TRF COMBUSTÍVEL  
FAB /MOTOCICLISTA ALCO/CASOL

ROBUA/CC 150 TITAN EX 7012 7012

CCZ / RCF / CL CATEGORIA CORRESPONDENTE  
22/149CL PARTIO VERMELHA

IPVA 2018 QUITO 3ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª  
P 1 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª  
V 1 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª  
A 1 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) COT. PRE. PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGUNDO FATO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

BOM JARDIM 13/01/18

Charles Anderson Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS (SOMENTE PARA VEICULOS AUTOMOTORES) - O SEGURO DE TERCEIROS É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES QUE SE ENCONTREM EM CIRCULACAO NA REDE DE TRANSPORTACAO DE PASSAGEIROS - SEGURO DPVAT

PE Nº 013728451443 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
DORIVAL JOSE DE LIMA

55730-04

CASA BOM JARDIM-PE

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 13/01/18

UA 000 RENAVAM RÁDIO ESPÉCIMO  
L 465755742 \*\*\*\*\* 2018

ROBUA/CC 150 TITAN EX 7012 7012

CCZ / RCF / CL CATEGORIA CORRESPONDENTE  
22/149CL PARTIO VERMELHA

IPVA 2018 QUITO 3ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª  
P 1 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª  
V 1 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª  
A 1 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) COT. PRE. PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGUNDO FATO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

BOM JARDIM 13/01/18

Charles Anderson Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
07 MAR 2018  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MUNICÍPIO DE BOM JESUS  
PARLAMENTO MUNICIPAL DE BOM JESUS  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

VALER EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1566723694

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1566723694

**NOME**  
DORIVAL JOSE DE LIMA

**IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
7070625 RDB PE

**CPF**  
076.601.594-99

**DATA NASCIMENTO**  
11/04/1986

**PLACAO**  
DORIVAL JOSE DE LIMA

**RELENA JOSEFA DA SILVA**

**TIPO DE**  
ADULTO

**REGISTRO**  
06833423680

**VALIDADE**  
27/04/2021

**REABILITACAO**  
27/04/2017

**ASSINATURAS**

*Dorival Jose de Lima*

**LOCAL**  
BOM JESUS, PE

**DATA EMISSAO**  
02/05/2018

**ASSINATURA DO PRESIDENTE**  
CH Carlos Anderson Jesus Ribeiro  
Presidente

**ASSINATURA DO ENCOPI**  
#211551819  
9885783243

**PERNAMBUCO**

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-070  
RECIFE-PE

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3190184768

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** SI CHACARA DE PREGUIÇA, 12 - Bom Jardim/PE - CEP 55730-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 8501319 - sds pe - 14/05/2014

**Data e Local do Acidente :** 05/01/2018 - Bom Jardim/PE

**Data e Local do Exame :** 21/03/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

contusão em joelho direito com ferimento local, com lesão de tendão patelar

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

Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 4 meses,

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

vítima com instabilidade articular do joelho direito, limitação leve na mobilidade (flexão a 100 graus), com déficit de força leve, sem alteração da marcha, presença de cicatriz de sutura.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

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

limitação de grau leve do joelho direito, com instabilidade articular

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

joelho direito

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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 a valoração do dano corporal.**





---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184768 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão em joelho direito com ferimento local, com lesão de tendão patelar

**Descrição do exame físico:** Vítima com instabilidade articular do joelho direito, limitação leve na mobilidade (flexão a 100 graus), com deficit de força leve, sem alteração da marcha, presença de cicatriz de sutura.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.  
Fez fisioterapia.  
Alta há cerca de 4 meses,

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional leve (25%) em joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184768 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão em joelho direito com ferimento local, com lesão de tendão patelar

**Descrição do exame físico:** Vítima com instabilidade articular do joelho direito, limitação leve na mobilidade (flexão a 100 graus), com deficit de força leve, sem alteração da marcha, presença de cicatriz de sutura.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.  
Fez fisioterapia.  
Alta há cerca de 4 meses,

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional leve (25%) em joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184768 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X @ 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. PAG.03

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184768 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**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. PAG.03

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Josivânia Barbosa da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 8.501.319, expedido por SDS/PE, em

14/05/2014, inscrito no CPF sob o nº 104.249.914-46, residente na

Sítio Varzea Alegre, nº S/Nº

complemento casa, Bairro Zona Rural, cidade

Bom Jardim, Estado PE.

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em

06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na

Rua da Alegria, nº 317

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Limoeiro, Estado PE.

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Bom Jardim 10 de agosto de 2018.

Outorgante Josivânia Barbosa da Silva



Cartório Sérgio Vasconcelos

Sergio Ribeiro Vasconcelos - TABELAU

Rua Orlando Lima, 12 - Centro  
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000  
Tel (071) 3338-1810

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSIVÂNIA BARBOSA DA SILVA, Bom Jardim, 10 de agosto de 2018. Em test\*

Ja da verdade, JOSÉ LUIZ BEZERRA,

SUBSTITUTO Excl.: R\$ 3,39 - FENR: R\$ 0,40 - TERN: R\$ 0,80 -

Total: R\$ 4,79 Selos 0077586 JX305201801.02131 Consulte

autenticidade em [www.tjpe.jus.br/secedigital](http://www.tjpe.jus.br/secedigital)

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORES  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
REC-7



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078776/19

**Vítima:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 104.249.914-46

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 05/01/2018

**Titular do CPF:** JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

### JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA : 104.249.914-46

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/03/2019  
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO  
CPF: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

---

**Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190184768**

**Vítima: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190184768**

**Vítima: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 05/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190184768

Vítima: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 05/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001650-0

Conta: 000010026508-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CFF da vítima: 104.249.914-46 Nome completo da vítima: Josivanice Barbosa da Silva

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012**

Nome completo: Josivanice Barbosa da Silva CPF: 104.249.914-46

Profissão: Agricultora Endereço: Sítio Chacara de pesquisa Número: 12 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Bom Jardim Estado: PE CEP: 55.730-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (81) 99938-8886

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

**REDA 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) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1650 ☐ CONTA: 26508 ☒

(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 (assinale 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## 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 (vai nascer)? ☐ 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: Bom Jardim - PE, 25/02/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: 05.802.494/0001-41

**TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Assinatura

2ª Nome: 07 MAR 2018

CPF: \_\_\_\_\_

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C

Bom Jardim - PE - CEP: 55.060-010

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Josivanice Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
06/07/2018 - Autoatendimento - 08:48:00  
165074471 0168

SALDO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGÊNCIA: 1650-0  
CONTA: 28508-X  
CLIENTE: JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA

VARIACAO: 61 Poupanca  
SALDO ATUAL 183,06 C

SALDO  
POUPANCA 183,06 C

SALDO  
POUPEX 0,00 C

SALDO TOTAL 183,06 C

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, 107, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Conta Poupança



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 104.249.914-46 Nome completo da vítima: Josivanice Barbosa da Silva

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012**

Nome completo: Josivanice Barbosa da Silva CPF: 104.249.914-46

RG: 12.345.678-9 Endereço: Sítio Chacara de pesquisa Número: 12 Complemento: com

Bairro: Zona Rural Cidade: Bom Jardim Estado: PE CEP: 55.730-000

Tel: 99938-8886 Tel:DDD: (81)

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

**REDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1650 0 CONTA: 26508 X

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:               CONTA:              

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 não 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 (vai nascer)? ☐ 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: Bom Jardim - PE, 25/02/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a RDO

X Josivanice Barbosa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: 05.802.494/0001-41

Assinatura: \_\_\_\_\_

2º Nome: 07 MAR 2018

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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 RODO, 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.**



# CENTRO DE DIAGNÓSTICO

# COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que a Sra. JOSIVANIA BARBOSA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 05/01/2018, sofrendo LESÃO LACERO CONTUSA NA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO, submetida a sutura do ferimento e curativo oclusivo. Atualmente apresenta dor à palpação na face anterior do joelho direito, com déficit de força muscular do MID. RX do joelho direito normal e Rmn Joelho direito com Tendinopatia patelar. Encontra-se de alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 06/09/2018



Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11.730 / TEOT: 7334

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
CRM: 11.730

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE