



Número: **0012853-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIMERE BATISTA DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60257 243	03/04/2020 16:09	2711190_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00128530920208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROSIMERE BATISTA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 07/11/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.



Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ art. 1º . (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ROSIMERE BATISTA DA SILVA**, em curso perante a **23ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00128530920208172001.

Rio de Janeiro, 30 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0012853-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIMERE BATISTA DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60257 244	03/04/2020 16:09	ANEXO	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 07672304429 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSIMERE BATISTA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.980.164-22 / _____

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.980.164-22 / _____, 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 NUMERIANO ALVES BEZERRA</u>	Número: <u>37</u>	Complemento: <u>GARAGEM</u>
Bairro: <u>BOA VISTA</u>	Cidade: <u>BELO JARDIM</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>55150-020</u>	Tel. (DDD): <u>81 991686771</u>

Local e Data: BELO JARDIM 19/11/2019

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 07672304429 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.980.164-22 / _____

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.980.164-22 / _____, 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 NUMERIANO ALVES BEZERRA</u>	Número: <u>37</u>	Complemento: <u>GARAGEM</u>
Bairro: <u>BOA VISTA</u>	Cidade: <u>BELO JARDIM</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>55150-020</u>	Tel. (DDD): <u>81 991686771</u>

Local e Data: BELO JARDIM 19/11/2019

Carla Maria Firmino Melo
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Resignere Batista
da Silva residente Rua 01 Nº 07
Frei Danio esteve internado
neste Hospital no período de 14.07.2019 à
_____ com diagnóstico de CID:
_____ prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 31/07/19

Karla Cybele
Diretora Adjunta
HJAL / UPA 24 HS
KCS

Responsável



44 anos

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

DATA

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐

NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐

OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA



Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
14/4/17		Acidente de trânsito com lesão em MTE e MTD.	
		João Maurício Leite Médico CREMELE 9219	Silvia Costa Torres Enfermeira COREN-PE 268.700
14/4/17	21:30	Amarelado 100/14	22:00
		50, 71, 100/14	
		200 + ABD, 14	22:00
		Capripil 25, 2 qd	22:00
		Amarelado	
10-		Rob - 2 de ombro bilateral	
		João Maurício Leite Médico CREMELE 9219	
CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA	
☐ Curado	☐ Óbito	☒ Decisão Médica	
☒ Melhorado		☐ Alta Pedida	
☐ Inalterado	☐ + 48 horas	☐ Transferência	
☐ Piorado	☐ - 48 horas	☐ Indisciplina	
Transferido para:		Em: 14/4/17	
Diagnóstico Definitivo: Luxação ombro DE		Hora: 21:40	
Observação: Hospital Reforço de Dor			
Fato: 572 7474			
14/4/17		João Maurício Leite Médico CREMELE 9219	



Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>848002924435389</u>	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <u>Kedione Batista da Silva</u>	Idade: <u>64a</u>
	Data de Nascimento: <u>28.09.74</u>	Sexo: <u>M</u> Cor: <u>Branca</u> Estado Civil: <u>Solteira</u>
	Naturalidade: <u>P. B. U.</u>	Profissão: <u>Agricultora</u>
	Endereço: <u>R. Lom, 07 - Fria Daomada</u>	Telefone: _____

RESPONSÁVEL	Responsável: <u>a mesma</u>	Parentesco: _____
	Endereço: _____	Fone: _____
	Trazido por: _____	Fone: _____
	Endereço: _____	Fone: _____

OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: ____/____/____	Hora: _____	
	NATUREZA DO ACIDENTE	☐ Casual	☒ Acid. do Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio
	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas	

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico
	História da Doença Atual: <u>Prisão de molo e de</u> <u>em no (E) e no (E)</u> <u>de 10/14</u>

ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO
	Pressão Arterial: <u>100 x 100</u> Pulso: _____ Temperatura: _____
	Peso: _____
	Alergia: (-)
	HAS: (-)
	DM: (-)
	Diagnóstico Prov. Clínico: <u>HTA + Diabetes + DM + Dislipidemia</u>
	<u>Exame de sangue</u>
	<u>Kedione</u>

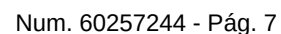
[illegible]

Assinatura

Assinatura

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

Usuario do Atendimento
SIMONESC





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 525462

Prontuário: 341837

Nome: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data Nasc.: 28/09/1974

Idade: 44

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898002924975389

Endereço: RUA JOAO DEMETRIO SOBRINHO

Nº: 7

Bairro: COHAB-LL

Cidade: BELO JARDIM

Estado: PE

CEP: 55152270

Fone: 989171570

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/07/2019 11:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

- Trauma com queda
690. após queda

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

sem trauma (6)

Diag. Provisório:

TRAUMA
fratura do osso proximal
Tibia

Prescrição:

Dieta:

DATA 15 07 19

Data

Horário

1 @ RX. OMBRO (5)
Intervenção
AP
Médico: [Assinatura]
Enfermeiro: [Assinatura]
Fisio: [Assinatura]





Paciente: Rosimere Batista da Silva
Data do exame: 06/12/2019
Idade: 45 anos

ULTRASSONOGRAFIA DE OMBRO

Exame realizado com transdutor linear de alta resolução com frequência.

Tendão do cabo longo do biceps de calibre e ecotextura normal. O mesmo localiza-se na goteira bicipital, sem evidência de luxação à manobra de rotação externa do braço. Não há sinais de derrame articular.

Tendão subescapular: Apresenta ecotextura e morfologia dentro dos limites da normalidade para este método.

Tendão Supraespinhal: Apresenta ecotextura e morfologia dentro dos limites da normalidade para este método.

Tendão Infraespinhal: Sinais ecográficos sugestivos de pequena ruptura parcial transfixante das fibras do tendão infraespinhal, medindo: 0,6 x 0,3 cm

Superfície óssea adjacente sem irregularidades.

Bursa subacromial e subdeltoidea de espessura normal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Sinais ecográficos sugestivos de pequena ruptura do tendão infraespinhal.

PEDRO SILVA
CRM/PE 22541

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Resignere Batista
da Silva residente Rua 01 Nº 07
Frei Danio esteve internado
neste Hospital no período de 14.07.2019 à
_____ com diagnóstico de CID:
_____ prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 31/07/19

Karla Cybele
Diretora Adjunta
HJAL / UPA 24 HS
KCS

Responsável



44 anos

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

DATA

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐

NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐

OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA



Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
14/4/17		Acidente mobilístico, lesão em MSE e MMII.	
		João Maurício Leite Médico CREMELE 9219	Silene Costa Torres Enfermeira COREN-PE 268.700
14/4/17	21:30	Amarelado 100/14	22:00
		58,9/100/11	
		22:00	
		22:00	
		22:00	
		22:00	
		22:00	
10-		Rob - 2 de ombro bilateral	
		João Maurício Leite Médico CREMELE 9219	
CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA	
☐ Curado	☐ Óbito	☒ Decisão Médica	
☒ Melhorado		☐ Alta Pedida	
☐ Inalterado	☐ + 48 horas	☐ Transferência	
☐ Piorado	☐ - 48 horas	☐ Indisciplina	
Transferido para: _____		Em: 14/4/17	
Diagnóstico Definitivo: Luxação ombro DE		Hora: 21:40	
Observação: Hospital Reforço de Dor			
Fato: 572 7474			
14/4/17			



Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 84800292445389	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <u>Kedione Batista da Silva</u>	Idade: <u>64a</u>
	Data de Nascimento: <u>28.09.74</u>	Sexo: <u>F</u> Cor: <u>Branca</u> Estado Civil: <u>solteira</u>
	Naturalidade: <u>P. B. U.</u>	Profissão: <u>Agricultora</u>
	Endereço: <u>R. Lom, 07- Fm. Daomiao</u>	Procedência: <u>138</u> Telefone: _____

RESPONSÁVEL	Responsável: <u>a mesma</u>	Parentesco: _____
	Endereço: _____	Fone: _____
	Trazido por: _____	Fone: _____
	Endereço: _____	Fone: _____

OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____												
	<table border="0"> <tr> <td>NATUREZA DO ACIDENTE</td> <td>☐ Casual</td> <td>☒ Acid. do Trânsito</td> <td>☐ Tentativa de Suicídio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ Queda</td> <td>☐ Intoxicação</td> <td>☐ Outras Causas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ Acid. do Trabalho</td> <td>☐ Agressão</td> <td></td> </tr> </table>	NATUREZA DO ACIDENTE	☐ Casual	☒ Acid. do Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio		☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas		☐ Acid. do Trabalho	☐ Agressão	
	NATUREZA DO ACIDENTE	☐ Casual	☒ Acid. do Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio									
	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas										
	☐ Acid. do Trabalho	☐ Agressão											

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico
	História da Doença Atual: <u>Prisão e morte de 20</u> <u>anos (E) e 12 (E)</u> <u>de 2004</u>

ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO
	Pressão Arterial: <u>100 x 100</u> Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Diagnóstico Prov. Clínico: <u>HTA + Diabetes + DM 2º grau</u> <u>em uso de insulina</u>	



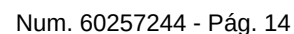
[illegible]

Assinatura

Assinatura

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

Usuario do Atendimento
SIMONESC





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 525462

Prontuário: 341837

Nome: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data Nasc.: 28/09/1974

Idade: 44

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898002924975389

Endereço: RUA JOAO DEMETRIO SOBRINHO

Nº: 7

Bairro: COHAB-LL

Cidade: BELO JARDIM

Estado: PE

CEP: 55152270

Fone: 989171570

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/07/2019 11:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

- Trauma com queda
690. após queda

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

sem trauma (6)

Diag. Provisório:

TRAUMA
fratura do osso proximal
Tibia

Prescrição:

Dieta:

DATA 15 07 19

Data

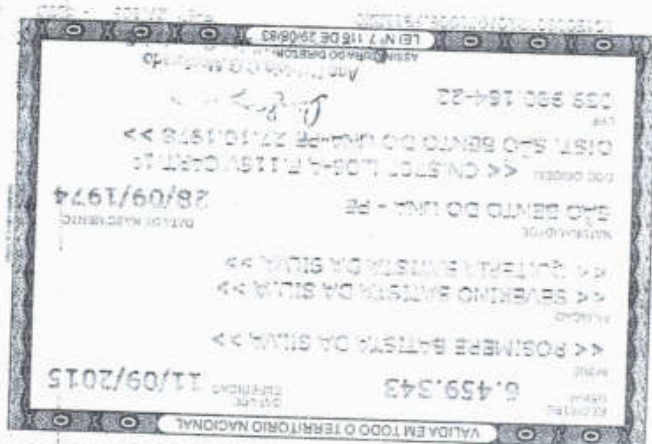
Horário

1 @ RX. OMBRO (5)
Intensificação

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/04/2020 16:09:55
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040316095549800000059228896
Número do documento: 20040316095549800000059228896



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/04/2020 16:09:55
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040316095549800000059228896>
 Número do documento: 20040316095549800000059228896



PROIBIDO PLASTIFICAR

1566817717

PERNAMBUCO

ASSOCIATIA DO EMISSOR

Presidente: Claudio Antonio Sousa Ribeiro

11/05/2018

LOCAL: CARUARU, PE

ASSOCIATIA DO PORTADOR

Carla Maria Furtado Kilo

RESERVAÇÕES

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1566817717

05874520418

09/09/2013

03/11/2013

076.733.044-25

08/01/1988

9179608 SDB PE

DOC IDENTIDADE / CND, EMISSOR/UF

CARLA MARIA FURTADO KILLO

DATA NASCIMENTO

CPF

RG

PERMISSÃO

AC

CAI HAB

DIÁRIA FORTINHO KILLO

NAO DECLARADO

PLAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Convênios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416035/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

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.

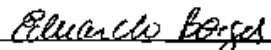
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ROSIMERE BATISTA DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 14/07/2019 CPF DA VÍTIMA 039.980.164-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É PROCURADORA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA
Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO
CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020
E-MAIL carlafirminomelo@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE 9179008 SDS-PE

NOME

ASSINATURA

Carla Maria Firmino Melo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443898/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2019

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

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.

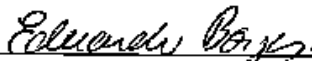
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Convênios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416035/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

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.

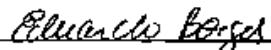
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ROSIMERE BATISTA DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 14/07/2019 CPF DA VÍTIMA 039.980.164-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É PROCURADORA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA
Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO
CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020
E-MAIL carlafirminomelo@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPMVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE 9179008 SDS-PE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

Carla Maria Firmino Melo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190657805 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO. P.5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante Rosimere Batista da Silva, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL**
solteira, profissão nao possui, residente e domiciliado à
Rua um, nº 7, bairro largo Fm Damiao, Município de
Bele Jardim, Estado PE.
CEP: 55150-000 portador(a) do RG nº 6459.343 SDS-PE e
CPF nº 039.980.164-22

Outorgado: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**,
profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA**,
nº **37**, bairro: **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o) **PERNAMBUCO**
CEP: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**. SDS/ **PE**. e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza
materializ, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)
Sr.(a) Rosimere Batista da Silva CPF: 039.980.164-22
ocorrido em 14/10/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bele Jardim, 08 de Novembro de 2019.



Rosimere Batista da Silva
Outorgante
CPF Nº 039.980.164-22

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: ESRIOLO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefones: (81) 3726-3588

Reconheço por Autenticidade a firma de ROSIMERE BATISTA
DA SILVA. Dou fé. Belo Jardim/PE, 08/11/2019. Emol: R\$
3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; FERC:
0,40; Total: R\$ 4,91

Maria Luciana da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.MDW10201903.00380 08/11/2019 14:23:22
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PROCURAÇÃO

Outorgante Rosimere Batista da Silva, brasileiro (a), **ESTADO CIVIL**
solteira, profissão nao possui, residente e domiciliado à
Rua um, nº 7, bairro largo Fm Damiao, Município de
Bele Jardim, Estado PE.
CEP: 55150-000 portador(a) do RG nº 6459.343 SDS-PE e
CPF nº 039.980.164-22

Outorgado: CARLA MARIA FIRMINO MELO, brasileiro (a), estado civil **SOLTEIRA**,
profissão **RECUSOU**, residente e domiciliado(a) à **Rua NUMERIANO ALVES BEZERRA**,
nº **37**, bairro : **CENTRO**. Município de **BELO JARDIM**, Estado de (o). **PERNAMBUCO**
CEP: **55150-020**, portador (a) do RG nº **9 179 608**. SDS/ **PE**. e CPF nº **076.723.044-29**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT para atuar no processo de natureza
materializ, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)
Sr.(a) Rosimere Batista da Silva CPF: 039.980.164-22
ocorrido em 14/10/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bele Jardim, 08 de Novembro de 2019.



Rosimere Batista da Silva
Outorgante
CPF Nº 039.980.164-22

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: ERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefones: (81) 3726-3588

Reconheço por Autenticidade a firma de ROSIMERE BATISTA
DA SILVA. Dou fé. Belo Jardim/PE, 08/11/2019. Emol: R\$
3,59; TSNR: 0,80; FERM: R\$ 0,04; FUNSEG: R\$ 0,08; FERC:
0,40; Total: R\$ 4,91

Maria Luciana da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo: 0131425.MDW10201903.00380 08/11/2019 14:23:22
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416035/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

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: 26/11/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443898/19

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

CPF: 039.980.164-22

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA : 039.980.164-22

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: 10/12/2019
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190657805

Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIMERE BATISTA 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

Carta nº 15149942





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190657805 Vítima: ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIMERE BATISTA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 16/07/2019, emitido pelo Dr. ROGERIO FERREIRA CRM nº 12589 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01997/01998 - carta_31 - INVALIDEZ

00040999



Carta nº 15181067



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Rosimere Batista da Silva 6 - CPF: 039.980.164-22
7 - Profissão: Não possui 8 - Endereço: Rua um 9 - Número: 1 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: latices para dançaria 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55150-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18119569.0261

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0773 CONTA: 40573 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Jardim 08/11/19

Rosimere Batista da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.980.164-22 4 - Nome completo da vítima: Rosimere Batista da Silva

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

5 - Nome completo: Rosimere Batista da Silva 6 - CPF: 039.980.164-22
7 - Profissão: Não possui 8 - Endereço: Rua um 9 - Número: 1 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: bairro pau d'antão 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55150-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18119569-0261

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0773 CONTA: 40573 1 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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Jardim 08/11/19

Rosimere Batista da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/2019



Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0194002791**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2019** às **10:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, ENTRADA DO FREI DAMIÃO -**
Bairro: **CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ROSIMERE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**



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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA Pai: SEVERINO BATISTA DA SILVA Data de Nascimento: 28/9/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 7, UA UM, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: LUIZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, RUA CINCO, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFO0176 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

07/11/2019 10:07



Complemento / Observação

INFORMA A SRA. ROSIMERE QUE SEGUIA NA GARUPA DA MOTOCICLETA INFORMADA ANTERIORMENTE, QUE ESTAVAM NA VIA QUE SAI DO FREI DAMIÃO E QUE FORAM ATINGIDOS POR VEÍCULO QUE SEGUIA PELA BR 232 E ENTROU PARA O FREI DAMIÃO. DO ACIDENTE A VÍTIMA APRESENTA XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: CRLV DA MOTOCICLETA, RG E CPF DO CONDUTOR (NÃO APRESENTOU CNH E ACREDITA NÃO SER ELE HABILITADO), DECLARAÇÃO E FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR DO HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM E FICHA DE ATENDIMENTO/IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE/EMERGÊNCIA. A VÍTIMA DIZ NÃO CONHECER O OUTRO ENVOLVIDO NA COLISÃO, PORÉM ELE É CONHECIDO DO PILOTO DA MOTOCICLETA.

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

Rosimere Batista da Silva

ROSIMERE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MANOELA TAVARES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **3875741**



07/11/2019 10:07



Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM - DP104ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0194002791**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2019** às **10:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, ENTRADA DO FREI DAMIÃO -**
Bairro: **CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ROSIMERE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**



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

ROSIMERE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: QUITERIA BATISTA DA SILVA Pai: SEVERINO BATISTA DA SILVA Data de Nascimento: 28/9/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 7, UA UM, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: LUIZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 1, RUA CINCO, FREI DAMIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFO0176 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

07/11/2019 10:07



Complemento / Observação

INFORMA A SRA. ROSIMERE QUE SEGUIA NA GARUPA DA MOTOCICLETA INFORMADA ANTERIORMENTE, QUE ESTAVAM NA VIA QUE SAI DO FREI DAMIÃO E QUE FORAM ATINGIDOS POR VEÍCULO QUE SEGUIA PELA BR 232 E ENTROU PARA O FREI DAMIÃO. DO ACIDENTE A VÍTIMA APRESENTA XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: CRLV DA MOTOCICLETA, RG E CPF DO CONDUTOR (NÃO APRESENTOU CNH E ACREDITA NÃO SER ELE HABILITADO), DECLARAÇÃO E FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR DO HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM E FICHA DE ATENDIMENTO/IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE/EMERGÊNCIA. A VÍTIMA DIZ NÃO CONHECER O OUTRO ENVOLVIDO NA COLISÃO, PORÉM ELE É CONHECIDO DO PILOTO DA MOTOCICLETA.

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

Rosimere Batista da Silva

ROSIMERE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MANOELA TAVARES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **3875741**



07/11/2019 10:07



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Rosimere Batista da Silva

6 - CPF:

039.980.164-22

7 - Profissão:

Não possui

8 - Endereço:

Rua um

9 - Número:

1000

11 - Bairro:

laticão para Danúcio

12 - Cidade:

Belo Jardim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55150-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9569.0261

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0773

CONTA:

40573

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

☒

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vainzete)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Belo Jardim 08/11/19

Rosimere Batista da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.980.164-22 4 - Nome completo da vítima: Rosimere Batista da Silva

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

5 - Nome completo: Rosimere Batista da Silva 6 - CPF: 039.980.164-22
7 - Profissão: Não possui 8 - Endereço: Rua um 9 - Número: 1 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: bairro pau d'antão 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55150-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 18119569-0261

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0773 CONTA: 40573 1 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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Jardim 08/11/19

Rosimere Batista da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/2019



Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 848002924435389 DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 11

Nome: Kedione Batista da Silva Idade: 64a

Data de Nascimento: 28.09.74 Sexo: F Cor: Branca Estado Civil: solteira

Naturalidade: P. B. U. Profissão: Agricultora

Endereço: R. Lom, 07 - Fm. Daomiao

Procedência: 138 Telefone:

RESPONSÁVEL

Responsável: a mesma Parentesco:

Endereço: Fone:

Trazido por:

Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: / / Hora:

NATUREZA DO ACIDENTE

☐ Casual ☒ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio

☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas

☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual: Prisão e morte de 20
em 1974 e 1975
de 1974

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: 100 x 100 Pulso: Temperatura: Peso:

Alergia: (-)
H.A.S.: (-)
D.M.: (-)

Diagnóstico Prov. Clín.: H.T. e Diabetes + DM 2º grau
em 1974. Saxeado em 1974 e 1975
Kedione



Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>848002924435389</u>	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <u>Kedione Batista da Silva</u>	Idade: <u>64a</u>
	Data de Nascimento: <u>28.09.74</u>	Sexo: <u>M</u> Cor: <u>Branca</u> Estado Civil: <u>Solteira</u>
	Naturalidade: <u>P. B. U.</u>	Profissão: <u>Agricultora</u>
	Endereço: <u>R. Lom, 07 - Fria Daomiao</u>	Telefone: _____

RESPONSÁVEL	Responsável: <u>a mesma</u>	Parentesco: _____
	Endereço: _____	Fone: _____
	Trazido por: _____	Fone: _____
	Endereço: _____	Fone: _____

OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: ____/____/____	Hora: _____	
	NATUREZA DO ACIDENTE	☐ Casual	☒ Acid. do Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio
	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas	

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico
	História da Doença Atual: <u>Prisão de molo e de</u>
	<u>em 10/07 e 11/07</u>

EXAME - FÍSICO	Pressão Arterial: <u>100 x 100</u>	Pulso: _____	Temperatura: _____	Peso: _____
	<u>Alergia: (-)</u> <u>H.A.S.: (-)</u> <u>D.M.: (-)</u>			

ATENÇÃO MÉDICA	Diagnóstico Prov. Clínico: <u>HTA + Diabetes + DM + Dislipidemia</u>
	<u>Exame em 10/07 e 11/07</u>



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LOBO DE BARROS 311 - BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 10.939.950/0001-28
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0008949-88



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25.04.02
COMERCIAL - MS - PROTEÇÃO 118
Atendimento ao cliente: 0800 221 0541
Ouvidoria: 0800 222 3333
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARSP: 0800 707 0167
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifas
na internet para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE JOSE FERREIRA DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 18/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2019	CONTA CONTRATO 7025723877
ENDEREÇO RUA UM 7 - RESIDENCIAL - LOTTO FREI DAMIAO/BELO JARDIM - 55150-000 BELO JARDIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 09/10/2019 a 09/11/2019	CONSUMO 67	NÚMERO DA NOTA FISCAL 083904890	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 13,71

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7025723877	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	VENCIMENTO 18/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838500000008 596300110070 025723877101 142850743836				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 076 723 644-29

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NUMERIANO A BEZERRA 37
GARAGEM

BOA VISTA/BELO JARDIM
BELO JARDIM FE
55150-020

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7009352010	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PROPOSTA PRÓXIMA LETITURA
21/11/2019	16/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,47

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
084617309	UNICA	15/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
	201036682	294382

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,76666762	23,00
Acrescimo Bancaria AMARELA			0,36
Acrescimo Bancaria VERMELHA			0,77
Contrib. Ium. Publica Municipal			3,53
ICMS Subvenção-CDE-NF 077020R02-11/09/19			0,22
Doação APAE - 0600 772 2729			7,00
Doação LBY - 0600 051 5099			5,00

TOTAL DA FATURA

40.47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
01026638	CAT	14/10/2019	8.038,00	13/11/2019	8.038,00	30	1,0000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Mês/Ano	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
NOV 18 30			
OUT 18 30			
SET 18 30			
AUG 18 30			
JUL 18 30			
JUN 18 30			
MAR 19 30			
FEB 19 30			
JAN 19 30			
DEZ 18 30			
NOV 18 30			

ICMS	PIS	COFINS
24,72	35,00	8,10
24,72	0,02	0,22
24,72	4,25	1,05

TAXAS APLICADAS	
Consumo Ativo (PPR)	0,3483

RESERVAÇÃO AO FISCAL	
B5B4 5ACC 3809 3CE4 1CF4 02F8 B13E B490	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições para as
transferências (transações ADEP,
d. 1/2012), foram previstas,
sem uma previsão a respeito de
qualquer adaptação, para
contingência, em caso de mudanças de
atendimento a nível
muito baixo (2012).

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MENSAL	ANUAL
SELO JARUM	ENC/2019				270	202	231
ENC	0,06	6,97	11,24	22,84			
ENC	0,00	2,36	6,60	13,20			
ENC	0,00	3,29	2,00	0,00			

Unidade ORÇ. 12.23 **BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 8,30**

NOYONS DE TENDÃO

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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7000352010	11/2019	21/11/2019	40,47



Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/04/2020 16:09:55
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040316095549800000059228896>
 Número do documento: 20040316095549800000059228896

Num. 60257244 - Pág. 43

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LOBO DE BARROS 311 - BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 10.939.950/0001-28
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0008949-88



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25.04.02
COMERCIAL - MS - PROTEÇÃO 118
Atendimento ao cliente: 0800 221 0541
Ouvidoria: 0800 222 3333
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARSP: 0800 707 0167
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifas
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE: JOSE FERREIRA DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 18/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2019	CONTA CONTRATO 7025723877
ENDEREÇO RUA UM 7 - RESIDENCIAL - LOTTO FREI DAMIAO/BELO JARDIM - 55150-000 BELO JARDIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 09/10/2019 a 09/11/2019	CONSUMO 67	NÚMERO DA NOTA FISCAL 083904890	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 13,71

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7025723877	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 59,63	VENCIMENTO 18/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838500000008 596300110070 025723877101 142850743836				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CARLA MARIA FIRMINO MELO

CPF: 076 723 644-29

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NUMERIANO A BEZERRA 37
GARAGEM

BOA VISTA/BELO JARDIM
BELO JARDIM PE
55150-020

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7009352010	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PROPOSTA PRÓXIMA LETITURA
21/11/2019	16/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,47

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
084617309	UNICA	15/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
	201036682	294382

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,76666762	23,00
Acrescimo Bancaria AMARELA			0,36
Acrescimo Bancaria VERMELHA			0,77
Contrib. Ium. Publica Municipal			3,53
ICMS Subvenção-CDE-NF 077020R02-11/09/19			0,22
Doação APAE - 0600 7/2 2729			7,00
Doação LBY - 0600 051 5099			5,00

TOTAL DA FATURA

40.47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
01026638	CAT	14/10/2019	8.038,00	13/11/2019	8.038,00	30	1,0000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Mês/Ano	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
NOV 18 30			
OUT 18 30			
SET 18 30			
AUG 18 30			
JUL 18 30			
JUN 18 30			
MAR 19 30			
FEB 19 30			
JAN 19 30			
DEZ 18 30			
NOV 18 30			

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	24,72	35,00	8,66
PIS	24,72	0,62	0,22
COFINS	24,72	4,25	1,05

	TAXAS APLICADAS
Consumo Ativo (PPR)	0,3463

	RESERVAÇÃO AO FISCAL
B5B4 5ACC 3809 3CE4 1CF4 02F8 B13E B490	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible]

As condições gerais de
funcionamento das atividades do SBT
474 (2012), bem como a prestação
serviços prestados e tributos de
empresas e organizações, para
constituir um sistema unificado de
atendimento a todos
os usuários do SBT.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MENSAL	ANUAL
SELO JARUM	ENC/2019				270	202	231
ENC	0,06	6,97	11,24	22,84			
ENC	0,00	2,36	6,60	13,20			
ENC	0,00	3,29	2,00	0,00			

Unidade ORÇ. 12.23 **BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 8,30**

MÉTODOS DE ENSAIO

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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7000352010	11/2019	21/11/2019	40,47



Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/04/2020 16:09:55
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040316095549800000059228896>
 Número do documento: 20040316095549800000059228896

Num. 60257244 - Pág. 45