



11/05/2020

Número: **0001904-24.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **11/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61719578	11/05/2020 16:16	2717758_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00019042420198173370

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

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 **CRISTIANE SIQUEIRA 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 **22/08/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 03/11/2017.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Isso se deve, tendo em vista que além da notícia ter sido registrada pela vítima menor de idade, desacompanhado e sem qualquer testemunha do fato, o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante.

Portanto, para que não paira qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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 a indenização.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



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, CPC³.

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 PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquirir a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

³“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 improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **22/08/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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%.

⁴ 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 HOUVE 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.

⁵ **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.”



Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 citação⁶.

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 ação⁷.

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

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial 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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que 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).

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



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.

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,

SERRA TALHADA, 30 de abril 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 sequela 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 sequelas 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 bço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **SERRA TALHADA**, nos autos do Processo nº 00019042420198173370.

Rio de Janeiro, 30 de abril 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: **0001904-24.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **11/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61719579	11/05/2020 16:16	ANEXO 1	Outros (Documento)

Comprovante de residência



celpe
neenergia

Térço Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/2002
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 141, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.823.939/0001-08 | Rev. Ext. 0002943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDILEUSA DO NASCIMENTO SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV DO CRUZEIRO 806

CPF 078 248 204-19 NIS 20913504959

BOBOPREMA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50900-400

CLASSIFICAÇÃO
BI - RESIDENCIAL
BANKA RENDA COM INS
MONTA RISCO

DATA DE VENCIMENTO
19/10/2017

DATA DE VENCIMENTO
19/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
5,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,1755054	5,70
		0,13
		0,12
		0,17
		0,04
		0,02

TOTAL DA FATURA
5,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

TIPO DE MEDIÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSUMO (KWH)
19/10/2017	18/10/2017	18.000,00	19/10/2017	18.000,00	0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Valor de energia: 5,74
Valor de taxa de distribuição: 0,13
Valor de taxa de transmissão: 0,12
Valor de taxa de iluminação pública: 0,17
Valor de taxa de coleta de lixo: 0,04
Valor de taxa de tratamento de água: 0,02

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV 2017
SEGURANÇA PRIVADA

8388000000003 0574000 1002-6 1060680 14 12 000937261503850

9983-4130

Comprovante de residência



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, 6º andar, Recife, Pernambuco - CEP 50055-400
CNPJ 10.533.992/0001-05 | Insc. Est. 0005943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 988.710.304-15

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50512-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

003004538 CNICA 28/08/2017
28/08/2017 2000136296 3872821

03/10/2017 213,68

Consumo Adicional (Wh)	Quantidade (Wh)	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Acrescimo Demandas MANHÃ	270.000.000	0,8721622	186,78
Acrescimo Demandas VERNELHA			5,74
Contribuição Normalização FOMEX			2,89
ICMS Substituição ICMS-NE 002 M1180-180717			1,42
Multa por atraso NF 002522122 - 22/08/17			1,27
Multa por atraso NF 002147188 - 18/07/17			2,82
Juros por atraso NF 002147188 - 18/07/17			1,22
Juros por atraso NF 002522122 - 22/08/17			1,10
Atualização ICMS-NE 002532122 - 22/08/17			0,10
PRO-CRANCA (0013412-0000 0000 001 18/08)			0,88

TOTAL DA FATURA 213,68

IPSE	TIPO DE	ARTES	DATA	LEITURA	DATA	ARTES	LEITURA	IPSE	COMETENTE	ADPTE	COMETENTE DATA
000000000	000	000	28/08/2017	13 428,00	28/08/2017	13 41 20,0	13 41 20,0	000	000000	000000	28/08

PERÍODO	VALOR	PERCENTUAL	VALOR	PERCENTUAL	VALOR	PERCENTUAL
000000000	186,78	87,46%	186,78	87,46%	186,78	87,46%
000000000	5,74	2,70%	5,74	2,70%	5,74	2,70%
000000000	2,89	1,35%	2,89	1,35%	2,89	1,35%
000000000	1,42	0,67%	1,42	0,67%	1,42	0,67%
000000000	1,27	0,60%	1,27	0,60%	1,27	0,60%
000000000	2,82	1,32%	2,82	1,32%	2,82	1,32%
000000000	1,22	0,57%	1,22	0,57%	1,22	0,57%
000000000	1,10	0,51%	1,10	0,51%	1,10	0,51%
000000000	0,10	0,05%	0,10	0,05%	0,10	0,05%
000000000	0,88	0,41%	0,88	0,41%	0,88	0,41%
TOTAL	213,68	100,00%	213,68	100,00%	213,68	100,00%

Na data de emissão da fatura, o valor da taxa de distribuição elétrica é de R\$ 1,22 por kWh. O valor da taxa de distribuição elétrica é de R\$ 1,22 por kWh. O valor da taxa de distribuição elétrica é de R\$ 1,22 por kWh.

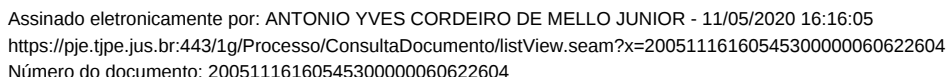
PERÍODO	VALOR	PERCENTUAL	VALOR	PERCENTUAL	VALOR	PERCENTUAL
000000000	186,78	87,46%	186,78	87,46%	186,78	87,46%
000000000	5,74	2,70%	5,74	2,70%	5,74	2,70%
000000000	2,89	1,35%	2,89	1,35%	2,89	1,35%
000000000	1,42	0,67%	1,42	0,67%	1,42	0,67%
000000000	1,27	0,60%	1,27	0,60%	1,27	0,60%
000000000	2,82	1,32%	2,82	1,32%	2,82	1,32%
000000000	1,22	0,57%	1,22	0,57%	1,22	0,57%
000000000	1,10	0,51%	1,10	0,51%	1,10	0,51%
000000000	0,10	0,05%	0,10	0,05%	0,10	0,05%
000000000	0,88	0,41%	0,88	0,41%	0,88	0,41%
TOTAL	213,68	100,00%	213,68	100,00%	213,68	100,00%

63830000002-0 13880011002-8 27807801810-0 08348487883-0



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV 2017
SECURE DP-VAT

http://autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCS/RUCES_D-home-neobgw-sap.com/servlet/login.ne Este campo não pode ser deixado em branco.



http://autolendimento.cebrap.br/NDP_DCS/DOCES_D-home-geologia-sar.com/servile/login.neponeris.com/PLC/Conversao/Geologia/Geologia.htm
 8181000000027 1592001100028 2781260101000 128027285735
 AUTENTICACAO MP CANICA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180461220

Nome do(a) Examinado(a): CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): TV DO CRUZEIRO, 606 - SERRA
TALHADA/PE - CEP 56903-550

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 9102710

Data e Local do Acidente : 22/08/2017

Data e Local do Exame : 06/02/2019 RUA DR ERICK RIBEIRO, 342 -
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

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

CONTUSÃO EM JOELHO E PERNA ESQUERDA

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

TTO CONSERVADOR E ATM

FEZ FISIOTERAPIA

SEQUELA DEFINITIVA

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

APRESENTA DEFICIT DE FORÇA EM MIE E BLOQUEIO ARTICULAR

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

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

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

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em
caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos
definitivos em cada segmento corporal acometido.**



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

MIE

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



CARLOS FREDERICO SOARES RIBEIRO DE BARROS
CRM : 13892 / UF :PE





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cristiane Siqueira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.690.464/06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cristiane Siqueira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.690.464/06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

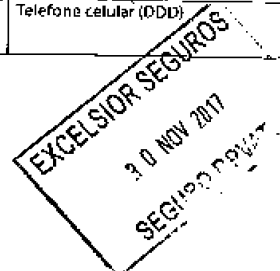
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
Rua Francisco Olayo		110	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
IPSEP	Senna Talhada	PE	56912-130
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)

Senna Talhada 17 de novembro de 2017
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



OLDRL.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721264 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a 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 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, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade investigar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131/96.

Pelo exposto, eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000-00 do sinistro de DPVAT cobertura 1 da Vítima ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: PROCURADOR Renda: R\$ 0,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, reside 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		Número		Complemento	
Rua		Estado		CEP	
Cidade		Telefone comercial (DDD)		Telefone residencial (DDD)	
E-mail					

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR de 05/05/2020 de 2020
Local e Data

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinatura do Declarante

DECLARANTE
21/05/2020

DPVAT - 001-0004729-1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SA - VII GERES
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 22/08/17
Nº DE OCORRÊNCIA: 12-05
HORA DE CHEGADA: 12:05
HORA SAÍDA: 12:05
REGULAÇÃO: 06

NOME: <u>Christiane Siqueira da Silva</u>		IDENTIFICAÇÃO: <u>48</u>		CPF: <u>05/85 ID: 32</u>	
SEXO: <u>F</u>	ORIENTAÇÃO SEXUAL: <u>heterossexual</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>professora</u>	COR: <u>branca</u>	
NOME DA MÃE: <u>Edna Maria Freire de Sousa</u>		BAIRRO: <u>N. Amor</u>		CIDADE: <u>Recife</u>	
ENDERECO: <u>Rua Argemiro</u>		Nº: <u>10</u>		CIDADE: <u>Recife</u>	
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR ()		CNS: <u>7070018387635</u>		FUNÇÃO (A):	
RESPONSÁVEL: <u>Rogério Carneiro</u>		HOSPITAL ()		ENCAMINHADO	
MEIO DE TRANSPORTE: BOMBEIRO () AMBULANCIA () SAMU () AUTO ()		PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO: ANDANDO () MACA ()		HOSPITAL ()	
MOTO () OUTROS ()		CADEIRA DE RODA ()		PSI () OUTROS ()	
PA: <u>20130</u> HGT: <u>160</u> TEMP: <u>36,2</u> FC: <u>92</u> SAT: <u>92%</u>		FR: <u>12</u>		PESO: <u>55</u>	
ANTECEDENTES PESSOAIS:		ALÉRGICO:			
ANTECEDENTES FAMILIARES:					
USO DE MEDICAMENTOS:					
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS		CLASSIFICAÇÃO	
☐ Febre ☐ Vômitos ☐ Dificuldade de Respirar ☐ Fraqueza ☐ Confusão Mental ☐ Fadiga ☐ Cefaléia ☐ Distúrbios Visuais ☐ Tosse ☐ Taquicardia ☐ Convulsão ☐ Desmaio ☐ Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo ☐ Tonturas ☐ Dor: Local: ☐ Queixa Urinária: ☐ Sangramento Local: ☐ Outras Queixas: <u>trauma de atropelamento</u> <u>apresentou grande perda sanguínea</u> <u>com ferimentos e fraturas</u>		☐ Clínico Geral ☒ Cirurgião ☒ Ortopedista ☐ Odontólogo ☐ Serviço Social ☐ Enfermagem ☐ Outros:		☒ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Assinatura Enf.: <u>Daniel</u> Data: <u>22/08/17</u>	
DESCRIPÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA					
1 - QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA): <u>atropelamento por veículo motorizado</u> <u>com fraturas e perda sanguínea</u>					
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <u>fraturas</u> <u>hemorragia</u>					
3 - EXAMES SOLICITADOS: <u>radiografia</u> <u>exame de sangue</u>					
Carimbo do Médico					
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO					
ACIDENTE DE TRÂNSITO		ACIDENTE DE TRABALHO		OUTRO TIPO DE ACIDENTE	
Veículo: ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☐ Outros Qual: ☐ Ignorado Fator de Proteção: ☐ Cint./Capacete ☐ Ignorado ☐ Qual: ☐ Ignorado		Origem: ☐ Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outros Qual: ☐ Ignorado		☐ Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimaduras ☐ Choque Elétrico ☐ Outros Qual: ☐ Ignorado	
AGRESSÃO		AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO		LOCAL DA OCORRÊNCIA	
POR: ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro Qual: ☐ Ignorado MODO: ☐ Assalto ☐ Brigas ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Ignorado ☐ Outros Qual: ☐ Ignorado		☐ Arma de Fogo ☐ Enforcamento ☐ Jogadas ☐ Queda de Nível ☐ Outros Qual: ☐ Ignorado		☐ Via Pública ☐ Domicílio ☐ Escola ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Outros Qual: ☐ Ignorado	
NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR (VEN)					
INVESTIGAÇÃO SIM ☐ NÃO ☐ AGRAVO: ☐ RESPONSÁVEL: <u>Dr. Daniel</u>					



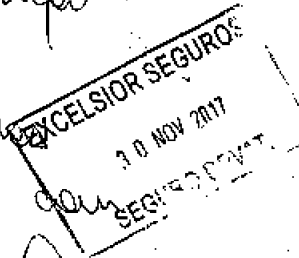


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cristiane Siqueira da Silva

Apresento para devidos fins, que a
paciente acima citada, foi vítima de
atropelamento no data 23.08.14,
por veículo não identificado, sofrendo
denso contuso traumático em MIB
necessitando de correção/intervenção
cirúrgica fratura.

De acordo com exames/laudos
enxema, a mesma chegou ao PS com
hipotensão e desidratação.



Dr. Tassio Barros
Médico
CRM-PE 44725

30.10.14

Rua Deputado Afrânio Godoy, 1039 - Nossa Senhora da Penha - Fone: (87) 3831-1268 - Fax: (87) 3831-2339
Serra Talhada - PE - CEP 56.903-510 - CNPJ 10.282.945/0001-05 - E-mail: sms.serratalhada@hotmail.com

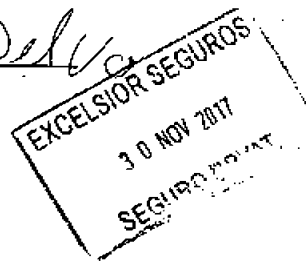


DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 17 de novembro de 2017

x Cristiano Siqueira da Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL IZAÍAS DE SA - VI GERO
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 11/05/2020
Nº DE REGISTRO: 111111
HORA DE CHEGADA: 14:00
HORA SAÍDA: 15:00
REGULAÇÃO: 111111

IDENTIFICAÇÃO		CPF:
NOME: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>11/05/2020</u>	ID: <u>111111</u> COR: <u>BRANCO</u>
SEXO: <u>M</u> ORIENTAÇÃO SEXUAL: <u>01</u>	ESTADO CIVIL: <u>01</u>	PROFISSÃO: <u>01</u>
NOME DA MÃE: <u>ANTONIA YVES CORDEIRO DE MELLO</u>	BAIRRO: <u>01</u>	CIDADE: <u>01</u>
ENDEREÇO: <u>01</u>	Nº: <u>01</u>	CNPJ: <u>01</u>
GRAU DE INSTRUÇÃO: ANAFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR ()	CNS: <u>01</u>	
RESPONSÁVEL: <u>01</u>		
MODO DE TRANSPORTE: <u>01</u>	PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO: <u>01</u>	ENCAMINHADO: <u>01</u>
FA: <u>01</u> HGT: <u>01</u> TEMP: <u>01</u>	FC: <u>01</u> SATO: <u>01</u>	FR: <u>01</u> PESO: <u>01</u>
ANTECEDENTES PESSOAIS: <u>01</u>		
ANTECEDENTES FAMILIARES: <u>01</u>		
USO DE MEDICAMENTOS: <u>01</u>		
ALERGICO: <u>01</u>		
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS CLASSIFICAÇÃO
() Febre () Vômitos () Dificuldade de Respirar () Fraqueza () Confusão Mental () Fadiga () Cefaléia () Distúrbios Visuais () Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Parêstesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Tonturas () Dor Local: <u>01</u> () Queixa Urinária: <u>01</u> () Sangramento Local: <u>01</u> () Outras Queixas: <u>01</u>		() Clínico Geral () Cirurgia <u>01</u> () Topografia <u>01</u> () Odontólogo () Serviço Social () Enfermagem () Outros: <u>01</u>
		☒ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Assinatura: <u>01</u>
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - QUEIXA PRINCIPAL(QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)		
2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		
3 - EXAMES SOLICITADOS		
Carimbo do Médico		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO	ACIDENTE DE TRABALHO	OUTRO TIPO DE ACIDENTE
Origem: () Automóvel () Ônibus () Moto () Caminhão () Carro () Bicicleta () Outros: <u>01</u>	Origem: () Construção Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outros () Outros: <u>01</u>	() Intoxicação Acidental () Queda acidental () Afogamento () Queimadura () Choque elétrico () Outros: <u>01</u>
AGRESSÃO	AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO	LOCAL DA OCORRÊNCIA
POR: () Arma de Fogo () Arma branca () Outros: <u>01</u>	() Arma de Fogo () Infanticídio () Enforcamento () Outros: <u>01</u>	() Via Pública () Doméstico () Outros () Outros: <u>01</u>
NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEH		

DATA/HORA

527

11/09/1991

12

Atestado Com
Documento Original

Em 21 / 09 / 2017

Assinado
Márcio de Nazareno
Hoso Reg. Inado do S
Mat 230.500-8

6 - EVOLUÇÃO

DATA/HCS 2006

[illegible]

Para Residência: () Internado () Evasão () Ignorado () Óbito () Outros Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

Transferido para: _____ Senha: _____

- * Pacientes com período de internação igual ou inferior a 24 horas
- * Transferências
- * Óbitos





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cristiane Serrata da Silva

Informo por meio desta que sou a
filha de uma mulher que foi vítima de
assalto sexual e que sofreu danos
físicos e psicológicos. Sou filha de uma
mulher que sofreu violência sexual e
que sofreu danos físicos e psicológicos.
Sou filha de uma mulher que sofreu
violência sexual e que sofreu danos
físicos e psicológicos.

Trabalho como funcionária pública
e sou filha de uma mulher que sofreu
violência sexual e que sofreu danos
físicos e psicológicos.

Rita

30.10.19

Rua Deputado Afrânio Godoy, 1039 - Nossa Senhora da Penha - Fone: (87) 3831-1268 - Fax: (87) 3831-2339
Serra Talhada - PE - CEP 56.903-570 - CNPJ 10.282.945/0001-05 - E-mail: sms.serratadahada@hotmail.com

Assinatura
30.10.19



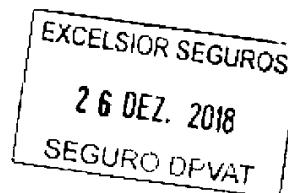
CliniK

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992



Relatório médico

Cristiane Siqueira da Silva; Idade: 33 anos.

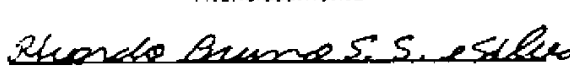
Paciente foi vítima de acidente de trânsito por atropelamento, na BR 232 em via pública, próximo ao município de Salgueiro- PE na data 22/08/2017.

Foi levada por bombeiros ao hospital municipal do município de Salgueiro devido a lesão corto-contusa em membro inferior esquerdo, na qual recebeu assistência médica e foi encaminhada ao hospital regional para acompanhamento clínico, devido a ferimentos na região posterior do joelho esquerdo e perna esquerda. Informa grande perda de sangue no dia do acidente.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela coadjuvante ao trauma na qual foi observada limitação de movimento do joelho esquerdo de mais ou menos 50%, associado à dormência no pé e dor ao movimentar o joelho. Apresenta cicatriz de mais ou menos 10 centímetros em ambos os ferimentos.

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

Atenciosamente

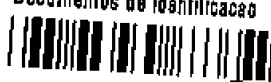

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Serra Talhada, 21 de dezembro de 2018



Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

29 Via

Número 11701 Série 00082

Assinatura do Portador



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Cristiano da Silva
Loc. Nas: S. Palhada
Filiação: F. Palhada
Data: 28/03/85
Edição: 1ª edição
Doc. Nº: 22650
Assinatura: Cristiano da Silva

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: / /
Exp. em: / /
Obs.: / /
Data Emissão: 23/09/2010
Estado: RJ
Doc. Ident. Nº: 11701
Assinatura do Funcionário: Cristiano da Silva

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome: / /
Doc: / /
Nome: / /
Doc: / /
Nome: / /
Doc: / /
Est. Civil: / /
Doc: / /
Est. Civil: / /
Doc: / /
Nascimento: / /
Doc: / /

EXCELSICUR SEGURO
30 NOV 2011



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

080.690.464-06

Nome

CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Nascimento

28/03/1985

EXCELSIOR SEGUROS

20 NOV 2011

SEGURO DPVAT



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROSANA DE MENESES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR (UF)
6870602 RJ RJ

CPF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/04/1983

Raça
BRANCA

ANEXO
PERMISSA DA
SILVA
MARIA JOSE DE MENESES
SILVA

PROFISSÃO
PROFISSIONAL

ACC
AN

CPF
AN

IDENTIFIC. ORG. EMISSOR (UF)
04525894409 RJ RJ

VALIDADE
15/11/2019

VALIDADE
06/09/2010

Observações

Assinatura do titular

Assinatura do emissor

LOCAL
SENAI TALMADA - RJ

DATA EMISSÃO
15/11/2014

Assinatura do emissor

ASSINATURA DO EMISSOR
47011444438
88081050112

DETALH - DETRERNAHUBCO

1017067334

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV 2017
SEGURO DE VIDA





MINISTERIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 11.111.111

Série 11.111.111

Assinatura do Portador



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data de Nascimento: 10/05/1975
Estado Civil: Casado
Data de Emissão: 22/05/2020

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: 10/05/2020
Exp. em: 10/05/2025
Data de Emissão: 22/05/2020
Assinatura do Funcionário

AUTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Doc.: 11.111.111
Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Doc.: 11.111.111
Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Doc.: 11.111.111
Est. Civil: Casado
Doc.: 11.111.111
Data de Nascimento: 10/05/1975
Doc.: 11.111.111





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
080.690.464-06

Nome
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Nascimento
28/03/1985



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

NOME: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIFIC. (CPF, RG, PASSAPORTE, etc.): 6870182 RDD PB

CPF: 031.194.741-26 DATA NASCIMENTO: 15/06/1983

PLACÃO: ARCEVO PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO: RUA JOÃO DE MENEZES SILVA

CIDADE: [] ESTADO: []

CEP: []

DATA DE EMISSÃO: 18/11/2019

VALIDADE: 06/03/2019

VALOR EM TÍTULOS: 1017067334

PLANO PLANEJADO: 1017067334

LOCAL: FERRA TACHADA - 78

DATA DE EMISSÃO: 18/11/2019

ASSINATURA: []

ST021904488 70447020232

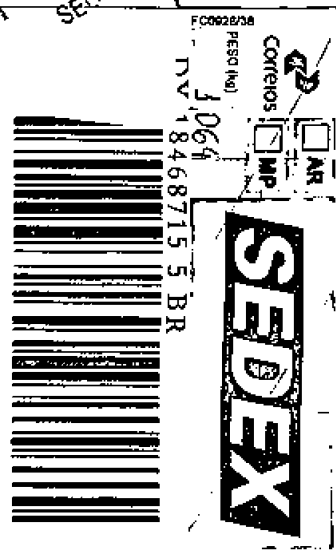
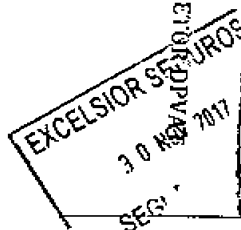
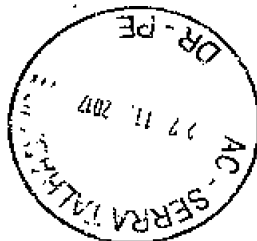
ABITAM - PEPERNAHUBCOJ



Outros



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SEÇÃO DE
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175
RECIFE ANTIGO
RECIFE-PE
50.030.000



DE: ROSANA MENEZES

RUA: ORACIO DE ANDRADE

103, SALA 02

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP: 56.900.000

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV 2017
SEG.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220

Cidade: Salgueiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 22/08/2017

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO EM JOELHO E PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFICIT DE FORÇA EM MIE E BLOQUEIO ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TTO CONSERVADOR
FEZ FISIOTERAPIA
SEQUELA DEFINITIVA

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220

Cidade: Salgueiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 22/08/2017

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO EM JOELHO E PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFICIT DE FORÇA EM MIE E BLOQUEIO ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TTO CONSERVADOR
FEZ FISIOTERAPIA
SEQUELA DEFINITIVA

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220

Cidade: Salgueiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 22/08/2017

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220

Cidade: Salgueiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 22/08/2017

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180461220

Cidade: Salgueiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 22/08/2017

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



Procuração



1. Outorgante Cristiane Siqueira da Silva

23/09/2010 inscrito no CPF sob o nº 080.690.464-06 residente na
R. Do Cruzcino nº 606

complemento Casa, Bairro Bonhome ma, cidade Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

29 / 05 / 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo nº 110

complemento Casa Bairro IPSEP cidade _____
Serra Talhada Estado PE

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

Serra Talhada, 01 de Novembro de 2017.

Outorgante X Prisciane Siqueira da S. L/c.



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
 Titular: REGINALDO AMARAL DA SILVA
 Telefone: (87) 338311-924

[illegible]

Região do Anísio da Silva
Transmissão de Energia e Of. do Proleto

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV 2017
SEG 12 19



Procuração

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

1. Outorgante _____

portador(a) do documento de identidade nº _____, expedido por _____ em

_____, inscrito no CPF sob o nº _____, residente na

_____, nº _____

completo _____, Bairro _____, Cidade

_____, Estado _____

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portadora do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE em

29 de 05 de 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

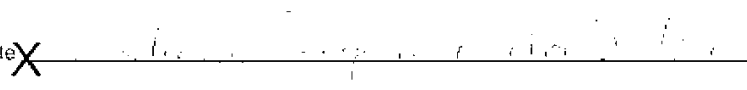
Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, Cidade

Serra Talhada, Estado PE

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

_____, _____ de _____ de _____

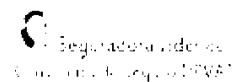
Outorgante  _____

EMPREGADO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-974

Reconheço a Firma por Autenticidade de CRISTIANE
SILVEIRA DA SILVA - Doc. Fm. Serra Talhada - PE. Em
fech. () da verdade, () Reginaldo Anísio da
Silva - Titular () Maria Lúcia de Sousa -
Suplente. E-mail - R8 3.30. TSNH - 85 079. EPPH - RI
Selo: 0014870.GOI:0201702-02401 14/11/2017 10:55:27
Consulte autenticidade em www.tjma.br/legis/autenticar



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362075/18

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

CPF: 080.690.464-06

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/08/2017

Titular do CPF: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA : 080.690.464-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170644191**

Vítima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170644191**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12078529

Pag. 00865/00866 - carta_01 - INVALIDEZ

00020433



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3170644191**
Vítima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170644191**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00347/00348 - carta_03 - INVALIDEZ

00060174



Carta nº 12078698



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170644191**
Vitima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170644191**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12938356

Pag. 01481/01482 - carta_16 - INVALIDEZ

00010741



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180461220**

Vítima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180461220**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13448750

Pag. 01309/01310 - carta_01 - INVALIDEZ

00020655



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180461220**
Vítima: **CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180461220**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00129/00130 - carta_03 - INVALIDEZ

00060065



Carta nº 13478222





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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180461220

Vítima: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000060919-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Autorização de pagamento



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 080.690.464 - 06 CPF da vítima: 080.690.464 - 06 Nome completo da vítima: Cristiane Siqueira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Cristiane Siqueira da Silva CPF titular da conta: 080.690.464-06 Profissão: Agricultora
Endereço: TV DO CRUZEIRO Número: 606 Complemento: Carpa
Bairro: Bonbonema Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56900-000
Email: 18719034-4907 Telefone (DDD): 8719034-4907

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRANCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: NRQ: D/V: CONTA: NRQ: D/V:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: NRQ: D/V: CONTA: NRQ: D/V:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Serra Talhada, 17 de novembro de 2017

Local e Data

x Cristiane Siqueira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI: 31701644191 CPF da Vítima: 080.690.464-06 Nome completo da vítima: Christiane Siqueira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Christiane Siqueira da Silva</u>		CPF titular da conta: <u>080.690.464-06</u>	Profissão: <u>Aquidutora</u>
Endereço: <u>TV. DO OUZEIRO</u>		Número: <u>606</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>Barro Preto</u>	Cidade: <u>Curitiba</u>	Estado: <u>PR</u>	CEP: <u>56900-000</u>
E-mail:		Telefone (DDD): <u>(41) 9634-4907</u>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
Banco: <u>CAIXA</u>		Mês: <u>01</u>	
AGÊNCIA: <u>0914</u>	DV: <u>0</u>	AGÊNCIA: <u>60919</u>	DV: <u>7</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

S. Calhaz 28 de Setembro de 2018
Local e Data

Donora de H. S. Guaiarone
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 V001/2017





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 193ª CIRCUNSCRIÇÃO - SALGUEIRO -
DP193ªCIRC DINTER2/23ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0283004045

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2017** às
13:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **22/8/2017** às **21:60**

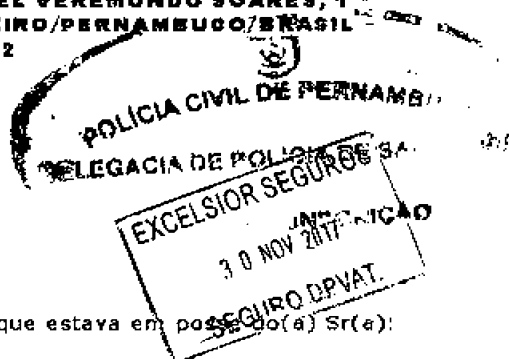
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CORONEL VEREMUNDO SOARES, 1 -**
Bairro: **AUGUSTO DE A. SAMPAIO - SALGUEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Ponto de Referência: **POSTO URBANO, BR 232**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO



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

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

CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDNA
MARIA FREIRE DE SIQUEIRA Pai: FERNANDO MARCELINO DA SILVA Data de Nascimento:
28/3/1986 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
9102718/SDS/PE (RG). 08088048400 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª.
GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 988265583

Residencial: TRAVESSA DO CRUZEIRO, BOBBOREMA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 608 - CEP: 55066-000 - Bairro:
CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO , que estava em
posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marcas/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



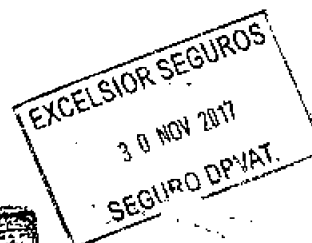
Complemento / Observação

A SENHORA CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA COMPARECEU NESTA DELEGACIA INFORMANDO SOB FORMAS E PENAS DA LEI QUE NA NOITE DO DIA 22/08/2017, NA AVENIDA CEL. VEREMUNDO SOARES, PLANALTO, NESTA CIDADE, BR 252, ESTAVA ATRAVESSANDO A RODOVIA A PÉ, QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO. CAIU NO CHÃO DESACORDADA. FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIRO DO 8 OB/1 SE SALGUEIRO CONFORME CERTIDAO NUMERO 008/2017, PARA O HOSPITAL REGIONAL DE SALGUEIRO SENDO ATENDIDA PELO MEDICO RAMON VIANA CREMEPE 19838. ANTE O EXPOSTO VEIO COMUNICAR PARA SALVAGUARDAR SEUS DIREITOS.

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

Cristiane Siqueira da Silva
CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA
(VITIMA)

Helder Carlos Ferreira Soares de Menezes
B.O. registrado por: HELDEN CARLOS FERREIRA SOARES DE MENEZES -
Matrícula: 221000-6



POLICIA CIVIL DE BERNARDINA
DELEGACIA DE POLICIA DE SALGUEIRO

193ª CIRC. INSCRICAO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GOVERNADOR - PAULO CAMPOS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

NOTIFICAÇÃO DE Ocorrência Nº 17207200000015

Notificação de Ocorrência nº 17207200000015, de 11/05/2020, às 16:05, referente ao acidente de trânsito ocorrido em 11/05/2020.

AVISANDO-SE A(S) PESSOA(S) COM O NOME DA(S) VÍTIMA(S) DO ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17207200000015, ocorrido em 11/05/2020, às 16:05.

AVISANDO-SE A(S) PESSOA(S) COM O NOME DA(S) VÍTIMA(S) DO ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17207200000015, ocorrido em 11/05/2020, às 16:05, referente ao acidente de trânsito ocorrido em 11/05/2020.

Notificação de Ocorrência nº 17207200000015

AVISANDO-SE A(S) PESSOA(S) COM O NOME DA(S) VÍTIMA(S) DO ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17207200000015, ocorrido em 11/05/2020, às 16:05.

Notificação de Ocorrência nº 17207200000015

AVISANDO-SE A(S) PESSOA(S) COM O NOME DA(S) VÍTIMA(S) DO ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17207200000015, ocorrido em 11/05/2020, às 16:05.

Notificação de Ocorrência nº 17207200000015

AVISANDO-SE A(S) PESSOA(S) COM O NOME DA(S) VÍTIMA(S) DO ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17207200000015, ocorrido em 11/05/2020, às 16:05.

CRISCIENE SIOQUEIRA DA SILVA (presente no plágio) - CPF: 000.000.000-00
MARIA FEREIRE DE SIOQUEIRA - FERNANDO MARCELINO DA SILVA
1973-1980-00-0000 - SERRA TALHADA - PERNAMBUCO - BRASIL - CPF: 000.000.000-00
000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF)
000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF)

000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF)
000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF)
000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF) - 000.000.000-00 (CPF)

Notificação de Ocorrência nº 17207200000015

AVISANDO-SE A(S) PESSOA(S) COM O NOME DA(S) VÍTIMA(S) DO ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17207200000015, ocorrido em 11/05/2020, às 16:05.

AVISANDO-SE A(S) PESSOA(S) COM O NOME DA(S) VÍTIMA(S) DO ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17207200000015, ocorrido em 11/05/2020, às 16:05.

AVISANDO-SE A(S) PESSOA(S) COM O NOME DA(S) VÍTIMA(S) DO ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17207200000015, ocorrido em 11/05/2020, às 16:05.

EXCELSOR DE SEGUROS

31 NOV 2020



• *Staphylococcus aureus* (Staph aureus)

[illegible]

Leads to a new paradigm of research

CRISTIANE STOEGER DA SILVA
191134

1911年4月24日

HEIDER CARLOS FERREIRA SOARES DE MENEZES

HEIDER CARLOS FERREIRA SOARES DE MENEZES

1. *Journal of the American Medical Association*, 1990; 263: 1033-1036.

1 PAGE 00000000

31 NOV 2017

[illegible]



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Declaração de Inexistência de IML



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221706 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Christiane Siqueira da Silva

CPF da Vítima

080.690.464-06

Data do Acidente

22/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

Serra Talhada 17 de novembro de 2017

Local e Data

Christiane Siqueira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2020 16:16:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051116160545300000060622604>
Número do documento: 20051116160545300000060622604

Num. 61719579 - Pág. 46

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Endereço

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Data

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT 001 0001/2017





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
Dinter/2 - 5º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS
GRUPAMENTO GOVERNADOR CARLOS WILSON

Comprovação de ato declaratório



110 *[Assinatura]* NISTO:
Cmtc. do 5ºGB

CERTIDÃO Nº 096/2017 - 5ºGB/1ª SB



José Ernaldo Honorato Leite
Cap. QOC/BM Mat. 707441-7

Certificamos, para os devidos fins que no dia 22 de agosto de 2017, às 21h48min, este Grupamento de Bombeiros foi acionado, para atender a uma ocorrência de atropelamento, na BR 232, Planalto, Salgueiro-PE.

Quando a equipe de bombeiros chegou ao local do acidente, encontrou 01(uma) vítima, a Sra. CRISTIANE SIQUEIRA DA SILVA, 32 anos, não portava documentos, ela sofreu ferimentos no membro inferior esquerdo(MIE). O veículo envolvido não foi identificado.

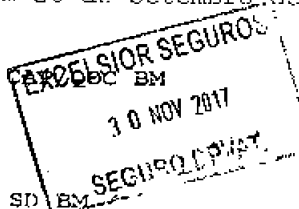
Foi realizado o procedimento operacional padrão pela guarnição de serviço e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional do Salgueiro, ficando aos cuidados do Dr. Ramonn Viana, portador do CRM 19539.

A presente certidão segue assinada pelo Comandante do Grupamento, pelo Comandante da 1ªSB/5ºCB, e por mim, responsável pelo preenchimento.

Salgueiro-PE, em 26 de setembro de 2017.

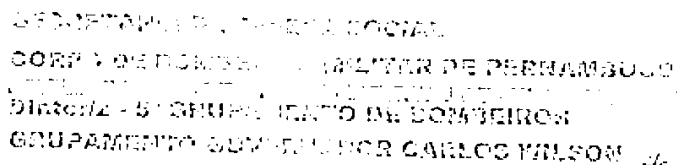
[Assinatura]
ABIMAEZ MATEIAS DE SOUZA JÚNIOR -
Comandante da 1ªSB/5ºCB

[Assinatura]
JANAYRA MARTINS CARROS ARAUJO - SD BM
Responsável pelo preenchimento



Rodovia BR 116, Km 26, Bairro Nossa Senhora Aparecida, Salgueiro-PE, CEP.: 56.000-000
Fone: (87) 3871-8528 e-mail: 5gb@bombeiros.pe.gov.br
CNPJ: 00.358.773/0018-92





~~SECRET~~

0-00000000-0000-0000-0000-000000000000

1 - CAG/QOC 211
2 - CAG/USCIB

JANUARY 1954
 1954

[illegible]

FREE COPY

1. Answer _____

