

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140068854 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CELMA MARIA DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 11/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 09/12/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA DE JOELHO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





**FICHA DE EMERGÊNCIA**

Data/hora do atendimento: 21-04-2014 21:40  
Nome: Celma M<sup>a</sup> da S. Lima Prontuário: 4379  
Sexo: F Profissão: agricultora Data de Nascimento: 10-05-76  
Estado civil: casada Cor: \_\_\_\_\_  
Filiação: Vilma Ferreira da Silva  
Edeizita M<sup>a</sup> de S. Silva  
Endereço: R. José das Neves Vieira, 48 Nova Repub.  
Médico: Dr. José Neto  
História da doença atual:

Gravidez D.E

2010

Exame Físico:

Doença 1729

Pressão Arterial: 90 x 80 Pulso: 90 Temperatura: \_\_\_\_\_

Diagnóstico provisório: \_\_\_\_\_

S.F. 9.8.

16 x 132

Conduta: \_\_\_\_\_

Assinatura do Enfermeiro

Hora da Liberação do paciente

Dr. José Neto  
CRM-PE: 18081

11 ABR 2014

Assinatura do Médico - CRM

RESINTRAN

11 AGO. 2014



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014665947 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CELMA MARIA DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 11/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/08/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO CORPO

**Resultados terapêuticos:** CONTUSAO

**Sequelas permanentes:** DORES

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

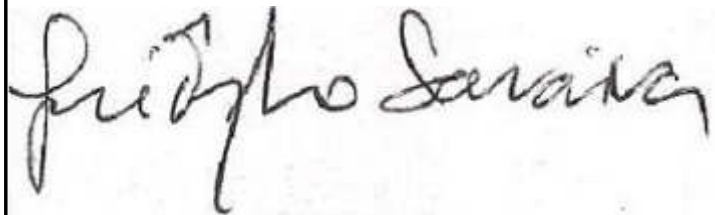
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140068854 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CELMA MARIA DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 11/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão do joelho direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/+4) e redução da flexo-extensão do joelho direito.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Dano funcional do joelho direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/12/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 intenso - 75%	18,75 %	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

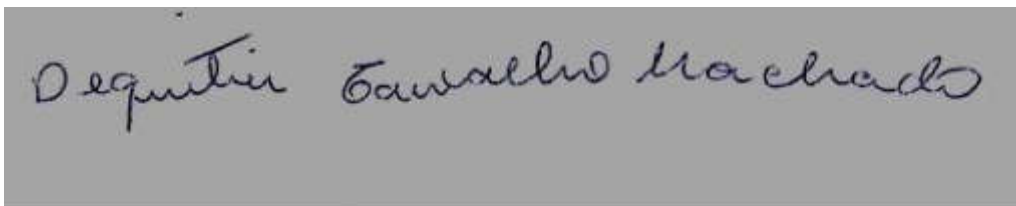
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** DEQUITIER MACHADO

**CRM do médico:** 52.93843-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





CRM 8594

Descrever lesão traumática em nível L5/S1, artrose de  
acromioclavicular no 11.04.2014, lesão  
ligamento no joelho qd.

Lesão grau no ligamento C-0 + lesão  
no articular que compromete a flexão  
do joelho qd + dificuldade a deambular  
atras. Em tratamento com mobilização passiva.  
da por 04 semanas + fisioterapia

Cib 10 1123

Alto estrutural ligamento



Dr. Pedro Marques  
Traumatologia - Ortopedia  
CPF: 172.678.334-04 - CRM 8594

29/10/14

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima  
Em frente ao Hospital São José  
Fone: 3542.3278

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2014

Carta nº: 4975660

A/C: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Sinistro: 2014665947  
Vitima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA  
Data Acidente: 11/04/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **11/04/2014**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2014

Carta nº: 5800792

A/C: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Sinistro: 3140068854  
Vitima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA  
Data Acidente: 11/04/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TAVARES BOMIL

99R-23

Não Doador de Órgãos e Tecidos



*+ Celma Maria da Silva Lima*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

6475314

CELMA MARIA DA SILVA LIMA

DATA DE EXPEDICAO 14.09.1999.

PAISAGEM

Vitor Ferreira da Silva.  
Edelvita Maria de Souza Silva.

NATURALIDADE

Bezerros - PE.

DATA DE NASCIMENTO

10.01.1976.

DOC ORIGEM C.C.536.P.112v9.L.B.13.Cart.  
de Camocim de São Félix - PE.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome


CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Nº de Inscrição

012627404-52

Data do Nascimento

10/01/76



DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

\*1004037



AGO. 2014

Esta documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

CELMA MARIA DA SILVA LIMA

S E R P P R O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 10/05/00



~~scribbled text~~

~~scribbled text~~

~~scribbled text~~

~~scribbled text~~

---

~~scribbled text~~

~~scribbled text~~

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5882642

A/C: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Sinistro: 3140068854  
Vítima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA  
Data Acidente: 11/04/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2014

Carta nº: 6014510

A/C: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Sinistro: 3140068854  
Vítima: CELMA MARIA DA SILVA LIMA  
Data Acidente: 11/04/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001710-8

Conta: 000010014671-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE  
Nº 9309828060  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 705587290  
\*\*\*\*\* 2012

JOSE CLAUDIO DA SILVA

CAMOCIM DE SAO FELIX-PE

763.107.604-91 KJ1248

\*\*\*\*\* /PE 9C2JC230PWR238649

PAS /MONTECARLO

HONDA/CG 125 TITAN

2P/124CL

PARTIC

1986

IPVA 2012 QUITADO

V FAVIA/PA

A 1

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

CAMOCIM DE SAO FELIX  
Moria de Fátima Bezerra R. Costa  
Diretora-Presidente DETRAN/PE

RESINTRAN  
11 AGO. 2014



100

200001

PE Nº 9309828060 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012  
EXERCÍCIO 2012

763.107.604-91 KJ1248

JOSE CLAUDIO DA SILVA

RUA MARCEL DAS NEVES 83

CASA CENTRO

CAMOCIM DE SAO FELIX-PE 55665-000

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 9309828060

763.107.604-91 KJ1248

705587290 HONDA/CG 125 TITAN

1986 09 9C2JC230PWR238649

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

CAMOCIM DE SAO FELIX

Moria de Fátima Bezerra R. Costa

Diretora-Presidente DETRAN/PE

11 AGO. 2014

RESINTRAN

100

200001

100

200001

100

200001

100

200001

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

KJ1248

COD. RENAVAM

705587290

ASSINATURA

DE

DE

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

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

Nome do(a) Examinado(a): **CELMA MARIA DA SILVA LIMA** Sinistro: **3140068854** Data: **11/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSE DAS NEVES VIEIRA, 248 - CENTRO - Camocim de São Félix - PE - CEP 55665-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds /PE** ] **06475314**

Data local do exame: [ **12/12/2014** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Contusão do joelho direito. . Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/+4) e redução da flexo-extensão do joelho direito.**

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Quadro submetido a tratamento conservador.**

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

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

**Dano funcional do joelho direito.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):  
**Joelho direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

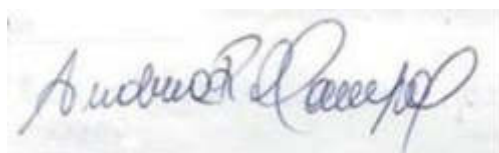
Região Corporal (Sequela):

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

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

( ) Total = "100% da IS"

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



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Elma Maria da Silva Lima, portador da carteira de identidade nº 6.475.304 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.697.404-52, residente e domiciliado na Rua José dos Neves Vieira - 248, Cidade Caracim de São F., Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

OUTROS

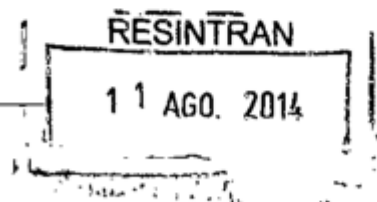


Elma Maria da Silva Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Recife 03-08-14

Local e data



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: CELMA MARIA DA SILVA LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01710-8

CONTA: 000010014671-6

---

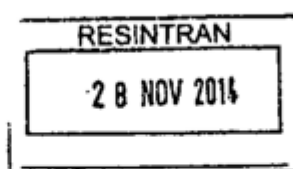
Nr. da Autenticação B15A0E03A5127B6C

CAMOCIM DE SÃO FELIX/PE, 19/11/2014

Ao Sr. Analista

Sinistro:CPF: 012.627.404-52

PEDIDO DE REANÁLISE



Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venhoREQUERER reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro/CPF=012.627.404-52 tendo em vista está apresentando laudo médico onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expreso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

---

✍ CELMA MARIA DA SILVA LIMA

CPF:012.627.404-52

Fones: (81) 9926-8195, (81) 9926-8193OU ( 81 ) 3728-3982





Seguradora Líder - DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Beneficiário: Elma Maria da Silva Lima  
 RTADOR(A) DO RG Nº 6.475.324 EXPEDIDO POR SOS EM 14/09/99 E  
 Nº 002697704-52 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elma Maria da Silva Lima AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039



RESINT-RAN

11 AGO. 2014

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

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

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

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

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

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA 1710-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 14.671-4
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL Recife DATA 05/08/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Elma Maria da Silva Lima

ATENÇÃO

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
22/05/2014 - Autoatendimento - 15:17:59  
171071858 0552

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO	
CLIENTE	CELMA MARIA DA SILVA LIMA
AGENCIA: 1710-8	CONTA: 14.671-4
VARIACAO	51
VALOR TOTAL *	20.00
NR. ENVELOPE	2.172.939.825

\* Valor sujeito a conferencia.

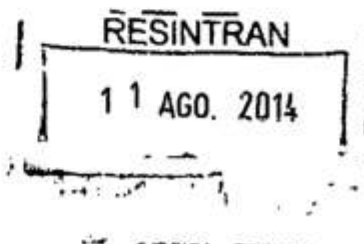
=====

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO  
NO PROXIMO DIA UTIL.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS  
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR  
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS  
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATE A OPERACAO  
SER PROCESSADA.

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
14A. UNIDADE SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0045006025

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/07/2014 às 12:26

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 11/4/2014 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, RUA DA COHAB, PROXIMO AO BAR DE NICEIA -  
Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR AGENTE)  
CELMA MARIA DA SILVA LIMA (VITIMA)

BOLETIM DE OCORRENCIA

\*1004025\*



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CELMA MARIA DA SILVA LIMA

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

CELMA MARIA DA SILVA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: EDELVITA MARIA DE SOUZA SILVA Pai: VITOR FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 10/11/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6475314/SSP/PE (RG), 01262740452 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 248, RUA JOSE DAS NEVES VIEIRA, N 248 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

- Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): CELMA MARIA DA SILVA LIMA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLJ1248 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 705587290 Chassi: 9C2JC250WWR238649  
Ano Fabricação/Modelo: 1998/1998 Combustível: GASOLINA  
Descrição: PROPRIETARIO: JOSE CLAUDIO DA SILVA

RESINTTRAN

11 AGO. 2014

**Complemento / Observação**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO NA CIDADE DE CAMOCIM COM DESTINO A CASA DE SUA IRMÃ, QUANDO CHEGANDO PROXIMO AO LOCAL ACIMA CITADO EM UM CRUZAMENTO UM CARRO VEIO A COLIDIR NA SUA TRASEIRA VINDO A CAIR A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL LOCAL

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

Boletim de Ocorrência

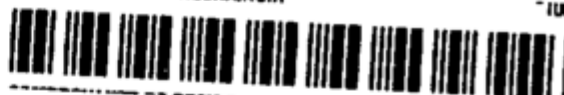
file:///C:/infopol/xmlNovo/BOEPreview.html

+ 25 a Maria da Silva Lima  
CELMA MARIA DA SILVA LIMA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: FRANCISCO DE ASSIS FERNANDES BARBOSA - Matrícula: 319591-0

RESINTRAN

11 AGO. 2014



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elma Maria da Silva LimaRG nº 6.475.314, data de expedição 14/09/99, Órgão SDS

CPF nº 0.19.627.404-52, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José dos Neves Vieira</u>
Número	<u>248</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Amacim de São Felix</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55665-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9926-8193</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 05-08-14

Assinatura do Declarante:

Elma Maria da Silva Lima

RESINTRAN

11 AGO. 2014



SARPE 0800 201 30 42  
CNPJ 07.073.000/01-44  
EPPC EST. Nº 18.1.001.001-4298-0

TELEATENDIMENTO  
**compesa**  
0800 081 0195  
www.compesa.com.br

### FACTURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 5271843 ... Abril / 2014

CELHA MARIA DA SILVA LEIA  
R JOSE DAS NEVES VIEIRA, N. 00248 - CENT  
RO CANOCHIM DE SAO FELIX PE 55665-680

INSCRIÇÃO	GRUPO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
035.820.365.0005.200	4	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
ROTA	HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA
3205	ALH.38387	LIGADO
LEIT. ATUAL INF:	189	DATA LEITURA ANT:
LEIT. ATUAL FAT:	189	DATA LEITURA ATUAL:
LEIT. ANT:	178	DIAS CONSUMO:
CONSUMO (m3):	11	

HISTÓRICO DE CONSUMO OPÇÃO PELO DEB. AUTOMÁTICO: 5271843

REFERENCIA CONS

03/2014	12
02/2014	12
01/2014	13
12/2013	12
11/2013	13
10/2013	12
HEDIA	12

QUALIDADE DA ÁGUA				
PARÂMETROS	UNIDADE	PADEPAR	VL. OBTIDO	

Reclamação de vazamento de água  
e extravasamento de esgoto ligar  
para o número 0800 081 0195

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,00 POR UNIDADE	10 M3	30,00
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,44 POR M3	1 M3	3,44

VENCIMENTO: 13/05/2014

TOTAL A PAGAR:

33,44

RESINTRAN

11 AGO. 2014