



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 087.266.334-50 Nome completo da vítima: YARA MARLENIA DE SOUZA

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

Nome completo: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUZA CPF: 087.266.334-50

Profissão: _____ Endereço: RUA SETE Número: 1020 Complemento: CASA

Bairro: ALTO BOM JESUS Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56906-230

E-mail: _____ Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0413 ☒ CONTA: 22.619 ☒

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: SERRA TALHADA/PE 28/03/2019

Nome: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUZA CPF: 087.266.334-50

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Yara Marlenia Marinho de Souza Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

COMPREV VISA E OBRIGADÃO S/A

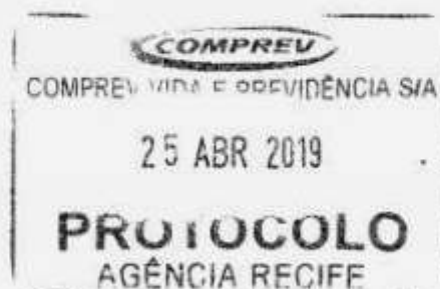
25 ABR 2019

Assinatura

PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE



AG. 0913-X
q/c 22619-X





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 087.266.334-50 Nome completo da vítima: YARA MARLENIA DE SOUZA

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

Nome completo: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUZA CPF: 087.266.334-50

Profissão: _____ Endereço: RUA SETE Número: 1020 Complemento: CASA

Bairro: ALTO BOM JESUS Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56906-230

E-mail: _____ Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0413 ☒ CONTA: 22.619 ☒

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: SERRA TALHADA/PE 28/03/2019 Nome: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUZA CPF: 087.266.334-50

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Yara Marlenia Marinho de Souza Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

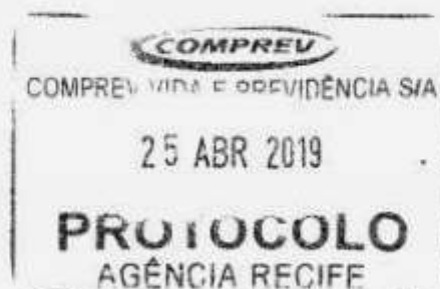
TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

COMPREV VISA E OBRIGADÃO SIA 25 ABR 2019 Assinatura PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE



AG. 0913-X
q/c 22619-X



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51020-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpa.com.br

PLA SETE 1020

ALTO DOM JERUS-SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
5906-230

COTA CONTRATO	RÉSANO
7026875824	06/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA PROXIMO RENOVACION
13/06/2019	08/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	63.42

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
064794429	UNICA	06/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA IMPLANTAÇÃO
06/06/2019	2018180560	3652520

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Contrib. Ium. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 053457280-11/0319
ICMS Subvenção-CDE-NF 057242677-pavilhão

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
75.000000	0,14193879	10,644141
		0,03
		2,00
		0,82
		0,87

63.42

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (km/h)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
H36316	CA1	08-05-2018	21 047,10	08-05-2019	20 128,10	35	1,0000		78,00

HISTÓRICO DE CONSUMO
Mês: 05/2016

PERÍODO	CONSUMO (KWh)
JUN 16	75
MAY 16	92
ABR 16	126
MAR 16	112
FEB 16	106
JAN 16	80
DEZ 15	59
NOV 15	67
OCT 15	80
SET 15	58
AGO 15	88
JUL 15	80
JUN 15	78

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	18,00	25,08
PIS	0,65	0,10
COFINS	7,65	0,48

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	R\$ 18,81	11,48
Transmissão	R\$ 2,32	3,90
Distribuição (Cabo)	R\$ 14,08	23,88
Perdas de Energia	R\$ 4,42	7,45
Encargos Setoriais	R\$ 3,21	5,57
Tributos	R\$ 16,42	26,94
Total	R\$ 59,34	100

TARIFAS APLICADAS
R\$ 549,930

RESERVA DO FISCO
354E F619 A2CF B2EA B6A7 4D07 149B B195

[illegible]

Le parti de la gauche a
l'emporté dans les élections
du 4 juillet, les élus socialistes
ont pris le contrôle de la ville.
Le parti de la gauche a
l'emporté dans les élections
du 4 juillet, les élus socialistes
ont pris le contrôle de la ville.

ESPOSO
DA VÍTIMA

COMPRENUOVA S.p.A.
12 NOV 2019
PROTOCOLLO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, MARCELO JÚNIOR AMÂNCIO PEREIRA
RG nº 9358249-SDS-PE, data de expedição ___/___/___
Órgão SDS, portador do CPF nº 114.434.254-60
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SETE-ALTO BOM JESUS, nº 102
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
YARA MARLENEIA MARINHO DE SOUSA, cujo o condutor era
MARCELO JÚNIOR AMÂNCIO PEREIRA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 150 TITAN ESD Ano: 2014/2015
Placa: PCU 6852 Chassi: 9C2K C1650FR007707
Data do Acidente: 11/11/18

Local e Data: 28/03/2019 SERRA TALHADA/PE

x Marcelo Junior Amancio Pereira
Assinatura do Declarante

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



Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Yane Madeline Pereira

SS

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Rx Pseudo E
Rafael Perfeito

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
15.01.19

Monizete Wilson B. Coelho
RECEPCAO

Dr. Kleber de Oliveira Santos
Otorrinolaringologista
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia de Orelha, Nariz e Garganta

Data 15.01.19

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

COMPREV
COMPREV UNIA E PREVIDÊNCIA SIA
25 ABR 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Aterramento: 476660

Pedido:



120525

Data Pedido: 15/01/2019

Controle: 97512

Paciente: 328679 YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Nascimento: 10/11/1993 (25a 2m 5d)

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 9671 KLEBER DE OLIVEIRA BARBOSA

Sector Solicitante: AMBULATORIO

Sexo: FEMININO

Sector Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME



Convenio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

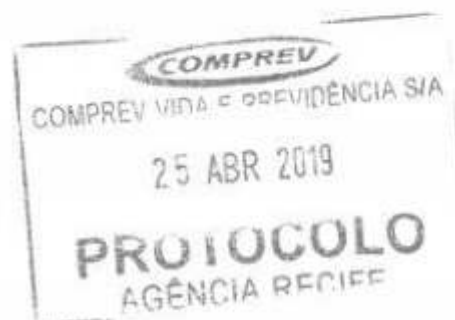
Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código Descrição	Entrega
253628	 3DEBC	1020 RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITA (PERFIL)	15/01/2019
253627	 3DEBB	1021 RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (PA)	15/01/2019

15 01 19
11:40





Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº.

Data:	11.11.18	Hora:	02:14	Nº:	06
Nome:	Yara marilene marinho de souza	Profissão:	nutricionista		
Nome Social:		Estado Civil:	solteira		
Nascimento:	10.11.93	Sexo:	F		
Escolaridade:	superior	Responsável:			
Mãe:	202014 - Cristiane marinho de souza				
Endereço:	R. 001 n° 3020				
Bairro:	Bom Jesus	Município:	STA	Fone:	
Cartão SUS:	20149889806 0001	RG/CPF:	3467191		
Raça/Cor:	Branca	Preto	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA: _____ Pulso: _____ HGT: _____ T: _____ SpO2: _____ Peso: _____ Glasgow: _____

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluorograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Doente a quem se refere ao modo
em que se apresenta a dor e a dor
com fratura exposta do fêmur

Tratamento:

Intenção de TCC realizado.
M de MSE RPP RV.
Sf 0,9 de 1000 for 5. 20
Envolvimento de 02/45

Serviço 334526 HRA-CABUARI

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

Dr. Raimery Soares S. Machado
Médico Especialista em Cirurgia
COMPREV 22566
CREMEC 17693

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Yane Madeline Pereira

SS

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Rx Pseudo E
Rafael Perfeito

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
15.01.19

Monizete Wilson B. Coelho
RECEPCAO

Dr. Kleber de Oliveira Santos
Otorrinolaringologista
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia de Mão • 17.10.19

Data 15.01.19

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

COMPREV
COMPREV UNIA E PREVIDÊNCIA SIA
25 ABR 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Aterramento: 476660

Pedido:



120525

Data Pedido: 15/01/2019

Controle: 97512

Paciente: 328679 YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Nascimento: 10/11/1993 (25a 2m 5d)

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 9671 KLEBER DE OLIVEIRA BARBOSA

Sector Solicitante: AMBULATORIO

Sexo: FEMININO

Sector Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME



Convenio: SUS - AMBULATORIO

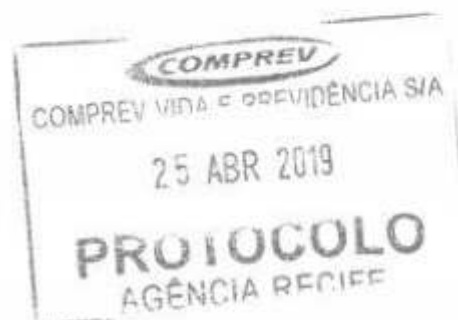
Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código Descrição	Entrega
253628	 3DEBC	1020 RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITA (PERFIL)	15/01/2019
253627	 3DEBB	1021 RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (PA)	15/01/2019





Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº.

Data:	11.11.18	Hora:	02:14	Nº:	06
Nome:	Yara marilene marinho de souza	Profissão:	nutricionista		
Nome Social:		Estado Civil:	solteira		
Nascimento:	10.11.93	Sexo:	F		
Escolaridade:	superior	Responsável:			
Mãe:	202014 - Cristiane marinho de souza				
Endereço:	R. 001 n° 3020				
Bairro:	Bom Jesus	Município:	STA	Fone:	
Cartão SUS:	20149889806 0001	RG/CPF:	3467191		
Raça/Cor:	Branca	Preto	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA: _____ Pulso: _____ HGT: _____ T: _____ SpO2: _____ Peso: _____ Glasgow: _____

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluorograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Doente a quem se refere ao modo
em que se apresenta a dor
com fratura exposta do fêmur

Tratamento:

Intenção de TCC realizado.
M de MSE RPP RV.
Sf 0,9 de 1,0 em fco 5. 20
Envolvimento de 02/45

Serviço 334526 HRA-CABUARI

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

Dr. Raimery Soares S. Machado
Médico Cirurgião Geral
CREMEGE 22566
CREMEC 17693

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013728062544
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1038251335 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA

SERRA TALHADA-PE

CPF / CNPJ
114.434.254-60

PLACA
PCV6852

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KC1650FR007707

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP. / POT. / CL.
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

CCR PREDOMINANTE
PRETA

IPVA 2018 QUITADO

1* *****
2* *****
3* *****

FADA LPIVA 1

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

SERRA TALHADA

DATA
11/01/18

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013728062544 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA

RUA 07 1020

56900-000

CASA ALTO DO BOM JESUS SERRA TALHADA-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
11/01/18

VIA
1

CPF / CNPJ
114.434.254-60

PLACA
PCV6852

RENAVAM
1038251335

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.
2014

CAT. TRF.
09

Nº CHASSI
9C2KC1650FR007707

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURO PAGO

IDF (R\$)

TOTAL SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

COMPREV

COMPRESSÃO E DEVIDÊNCIA SIA

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140798/19

Vítima: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

CPF: 087.266.334-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2018

Titular do CPF: YARA MARLENIA
MARINHO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA : 087.266.334-50

Autorização de pagamento

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: 25/04/2019
Nome: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA
CPF: 087.266.334-50

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396697/19

Vítima: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

CPF: 087.266.334-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2018

Titular do CPF: YARA MARLENIA
MARINHO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA : 087.266.334-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA
CPF: 087.266.334-50

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190633998

Vítima: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190633998 Vítima: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

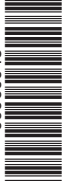
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190633998

Vítima: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 087.266.334-50 Nome completo da vítima: YARA MARLENIA DE SOUZA

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

Nome completo: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUZA CPF: 087.266.334-50

Profissão: _____ Endereço: RUA SETE Número: 1020 Complemento: CASA

Bairro: ALTO BOM JESUS Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56906-230

E-mail: _____ Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0413 ☒ CONTA: 22.619 ☒

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: SERRA TALHADA/PE 28/03/2019

Nome: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUZA CPF: 087.266.334-50

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Yara Marlenia Marinho de Souza Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

COMPREV VISA E ODEVIDÊNCIA SA

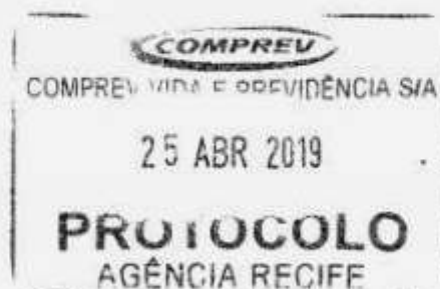
25 ABR 2019

Assinatura

PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE



AG. 0913-X
q/c 22619-X





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 087.266.334-50 Nome completo da vítima: YARA MARLENIA DE SOUZA

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

Nome completo: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUZA CPF: 087.266.334-50

Profissão: _____ Endereço: RUA SETE Número: 1020 Complemento: CASA

Bairro: ALTO BOM JESUS Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56906-230

E-mail: _____ Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0413 ☒ CONTA: 22.619 ☒

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: SERRA TALHADA/PE 28/03/2019

Nome: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUZA CPF: 087.266.334-50

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Yara Marlenia Marinho de Souza Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV VISA E OBRIGADÃO SA

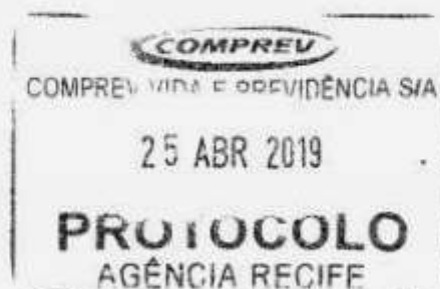
25 ABR 2019

Assinatura

PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE



AG. 0913-X
q/c 22619-X





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267001140**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/03/2019** às **09:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **11/11/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO CACHOEIRA ZONA RURAL DE SERRA TALHADA, DEPOIS DE SANTA RITA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA (AUTOR \ AGENTE)
YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA

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

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SOEDJA CRISTINA MARINHO DE SOUSA Pai: JOSINALDO GALDINO DE SOUSA Data de Nascimento: 10/11/1993 Naturalidade: PIANCO / PARAIBA / BRASIL Documentos: 3467191/SSP/PB (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3°. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 87996497303

Residencial: **RUA SETE BAIRRO ALTO DO BOM JESUS, APOS A PADARIA PAIS E FILHOS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1020 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, APOS A PADARIA PAIS E FILHOS**

MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA CELIA AMANCIO PEREIRA Pai: JOSE ROBERTO NUNES PEREIRA Data de Nascimento: 9/6/1995 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1°. GRAU COMPLETO Profissão: AGENTE ADMINISTRATIVO Telefones Celulares: - 87999111202

Residencial: **RUA SEWTE BAIRRO ALTO DO BOM JESUS, APOS A PADARIA PAIS E FILHOS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1020 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, APOS A PADARIA PAIS E FILHOS**

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

MOTO HONDA /CG 150 TITAN ESD ANO 2010/2015 DE COR PRETA PLACA PCV 6852 CHASSI 9C2KC1650FR007707 RENAVAN 1038251335 EM NOME DE MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCV6852** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **103825133** Chassi: **9C2KC1650FR007707**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTE BOE JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA A QUAL COMUNICA QUE NA DATA E HORA DESCRITAS NESTE BOE QUANDO TRAFECAFA PELA ESTRADA QUE DA ACESSO AO DISTRITO DE SANTA RITA MAIS PRESISAMENTE NO SITIO CACHOIRA EM COMPANHIA DE MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA NA MOTO HONDA JA QUALIFICADA NESTE BOE NA RFEFERIDA ESTRA ONDE A MOTO VEIO A DERRAPAR E AMBOS CAIRAM VINDO A VITIMA A QUEBRAR O PULSO DA MAO ESQUERDA FICANDO COM FATURA ESPOSTA JA A PESSOA DE MARCELO SO TEVE FRERIMENTOS LEVES A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES NESTA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE FOI MEDICADA PELO MEDICO PLANTONISTA DR.RANIERY SOARES S. MACHADO CREMEPE 22566 E CREMEC 17637 A MESMA FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREIRO.

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

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA
(VITIMA)

Yara Marlénia Marinho de Sousa

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267001140**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/03/2019** às **09:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **11/11/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO CACHOEIRA ZONA RURAL DE SERRA TALHADA, DEPOIS DE SANTA RITA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA (AUTOR \ AGENTE)
YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA

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

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SOEDJA CRISTINA MARINHO DE SOUSA Pai: JOSINALDO GALDINO DE SOUSA Data de Nascimento: 10/11/1993 Naturalidade: PIANCO / PARAIBA / BRASIL Documentos: 3467191/SSP/PB (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3°. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 87996497303

Residencial: **RUA SETE BAIRRO ALTO DO BOM JESUS, APOS A PADARIA PAIS E FILHOS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1020 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, APOS A PADARIA PAIS E FILHOS**

MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA CELIA AMANCIO PEREIRA Pai: JOSE ROBERTO NUNES PEREIRA Data de Nascimento: 9/6/1995 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1°. GRAU COMPLETO Profissão: AGENTE ADMINISTRATIVO Telefones Celulares: - 87999111202

Residencial: **RUA SEWTE BAIRRO ALTO DO BOM JESUS, APOS A PADARIA PAIS E FILHOS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1020 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, APOS A PADARIA PAIS E FILHOS**

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

MOTO HONDA /CG 150 TITAN ESD ANO 2010/2015 DE COR PRETA PLACA PCV 6852 CHASSI 9C2KC1650FR007707 RENAVAN 1038251335 EM NOME DE MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCV6852** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **103825133** Chassi: **9C2KC1650FR007707**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SERRA TALHADA A PESSOA DA VITIMA DESTA BOE JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA A QUAL COMUNICA QUE NA DATA E HORA DESCRITAS NESTE BOE QUANDO TRAFECAFA PELA ESTRADA QUE DA ACESSO AO DISTRITO DE SANTA RITA MAIS PRESISAMENTE NO SITIO CACHOIRA EM COMPANHIA DE MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA NA MOTO HONDA JA QUALIFICADA NESTE BOE NA RFEFERIDA ESTRA ONDE A MOTO VEIO A DERRAPAR E AMBOS CAIRAM VINDO A VITIMA A QUEBRAR O PULSO DA MAO ESQUERDA FICANDO COM FATURA ESPOSTA JA A PESSOA DE MARCELO SO TEVE FRERIMENTOS LEVES A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES NESTA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE FOI MEDICADA PELO MEDICO PLANTONISTA DR.RANIERY SOARES S. MACHADO CREMEPE 22566 E CREMEC 17637 A MESMA FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREIRO.

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

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA
(VITIMA)

Yara Marlénia Marinho de Sousa

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**

