

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nome do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	087.266.334-50	YARA MARLENA DE SOUZA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	YARA MARLENA MARLINTO DE SOUZA		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Serviço:	rua sete	020	CPA
Estado:	SERRA MACHADAS	CEP:	56906-230
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0413 CONTA: 22.619 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **desfiz a vontade 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vívo Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:
 CPF:

25 ABR 2019

Assinatura

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



AG. 0913-X
C/C 32619-X


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nome do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	087.266.334-50	YARA MARLENA DE SOUZA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	YARA MARLENA MARLINTO DE SOUZA		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Serviço:	rua sete	020	CPA
Estado:	SERRA MACHADAS	CEP:	56906-230
E-mail:	Tel.(DDD):		
ALTO BOM JESUS			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0413 CONTA: 22.619 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que desfiz a sua 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vívo Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou
Vivos: Falecidos: Vítima deixou
nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:
CPF:

25 ABR 2019

Assinatura

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



AG. 0913-X
C/C 32619-X


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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 1/1/1

Órgão SDS, portador do CPF nº 154 434 254-60,
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SETE-ALTO BOM JESUS, nº 1020,

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 MARLENA MARINHO DE SOUSA, cujo o condutor era

MARCELO JUNIOR AMÂNCIO PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 150 TITAN ESD Ano: 2014/2015

Placa: PCU6852 chassi: 9C2K C1650FR007707

Data do Acidente: 11/11/18

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

x marcelo junior amâncio Pereira
Assinatura do Declarante

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


COMPREV
COMPRA, VENDA E PROVIMENTO S/A

25 ABR 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

1º de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: *Yane madeline marilia*

Registro Nº: *00 509*

Clinica: Enfermaria:

Set

Rx fundo E
QSL perf 1

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO-X
15.01.19

Monica Valéria B. Coelho
RECEPÇÃO

Dr. Káber de Oliveira Batista
Ortopedia - Traumatologia
Clínica da mão - 174 3227-1111

Data 15.01.19

Médico - CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89

COMPREV
COMPREV VIDA E PROVIDÊNCIA S/A

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Atendimento: 476660

Pedido: 
120525

Data Pedido: 15/01/2019

Controle: 97512

Paciente: 328679 YARA MARLENA MARINHO DE SOUSA
Leito: Unid. Intern:

Nascimento: 19/11/1993 (25a 2m 5d)

Medico Solicitante: 9671 KLEBER DE OLIVEIRA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Sector Solicitante: AMBULATORIO

Sector Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Medico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código Descrição	Entrega
253628	 3DEBC	1029 RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITA (PERFIL)	15/01/2019
253627	 3DEBB	1021 RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (PA)	15/01/2019

15 01
11:40 19

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA
Nº.

Data:	11/11/18	Horas:	02:14	06	
Nome:	Isa mariana matinho de souza				
Nome Social:					
Nascimento:	10/11/93	Sexo:	F	Estado Civil:	Solteira
Escolaridade:	Ens. Fundamental				Responsável:
Mãe:	Isa mariana matinho de souza				
Endereço:	Av. Presidente Vargas, 1026				Fone:
Bairro:	Bom Jesus	Município:	214	RG/CPF:	3467191
Cartão SUS:	2614989180600061	Preta	Parda	Amarela	Indígena
Raça/Cor:	Branca				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 VERMELHO

 AMARELO

 VERDE

 AZUL

Situação/Queixa:

 PA: P脉搏: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicamentos em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Isa mariana matinho de souza
 com queixa de dor no abdômen central e direito.
 com febre e perda de apetite.

Tratamento:

Exame de coce realizado.
 M de 145 e MGP RV.
 Sanguíneo com feco D. 21
 Tratamento com Oxyt

Saida 343300 HHA-CARUARU

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

Dr. Xamieri Soares S. Machado
 MATERIAIS CLÍNICOS E GERAL
 CREMEPE 22566
 COMPREV 176347
 CREMEC 1763

25 ABR 2019

1º de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: *Yane madeline marilia*

Registro Nº: *00 709*

Clinica: Enfermaria:

Set

Rx fundo E
QSL perf 1

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO-X
15.01.19

Monica Valéria B. Coelho
RECEPÇÃO

Dr. Káber de Oliveira Batista
Ortopedia - Traumatologia
Clínica da mão - 174 3227-1111

Data 15.01.19

Médico - CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89

COMPREV
COMPREV VIDA E PROVIDÊNCIA S/A
25 ABR 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Atendimento: 476660

Pedido: 
120525

Data Pedido: 15/01/2019

Controle: 97512

Paciente: 328679 YARA MARLENA MARINHO DE SOUSA
Leito: Unid. Intern:

Nascimento: 19/11/1993 (25a 2m 5d)

Medico Solicitante: 9671 KLEBER DE OLIVEIRA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Sector Solicitante: AMBULATORIO

Local: SALA DE EXAME

Sector Executante: RADIOLOGIA

Plano: PLANO UNICO

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Motivo: ROTINA

Observações:

Medico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código Descrição	Entrega
253628	 3DEBC	1029 RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITA (PERFIL)	15/01/2019
253627	 3DEBB	1021 RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (PA)	15/01/2019

15 01
11:40 19

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA
Nº.

Data:	11/11/18	Horas:	02:14	06	
Nome:	Isa mariana matinho de souza				
Nome Social:					
Nascimento:	10/11/93	Sexo:	F	Estado Civil:	Solteira
Escolaridade:	Ens. Fundamental				Responsável:
Mãe:	Isa mariana matinho de souza				
Endereço:	Av. Presidente Vargas, 1026				Fone:
Bairro:	Bom Jesus	Município:	214	RG/CPF:	3467191
Cartão SUS:	2614989180600061	Preta	Parda	Amarela	Indígena
Raça/Cor:	Branca				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 VERMELHO

 AMARELO

 VERDE

 AZUL

Situação/Queixa:

 PA: P脉搏: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicamentos em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Isa mariana matinho de souza
 com queixa de dor no abdômen central e direito.
 com febre e perda de apetite.

Tratamento:

Exame de Foco realizado.
 Rx: Rx: Rx:
 Rx: Rx: Rx: Rx:
 Rx: Rx: Rx: Rx:

Sintoma: 34.5°C HHA-CABUARU

Hipótese Diagnóstica:

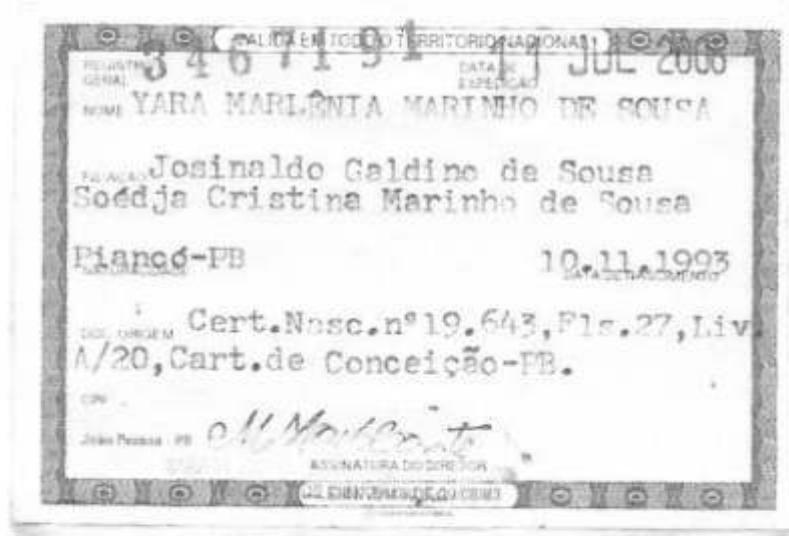
Carimbo e Assinatura:

Dr. Xanieri Soares S. Machado
 MATERIAIS CLÍNICOS
 CREMEPE 22566
 COMPREV 1763
 CREMEC 1763

25 ABR 2019



COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 25 ABR 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
25 ABR 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 013728062544
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 1038251335 ***** 2018

NOME
MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA

SERRA TALHADA-PE

CPF / CNPJ	PLACA		
114.434.254-60	PCV6852		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** PE	9C2KC1650FR007707		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS /MOTOCICLISTA	ALCO/GASOL.		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2014	2015	
CAP / POT / CL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/149CL	PARTIC	PRETA	
IPVA 2018 QUITADO	VENG. COTA UNICA	VENG. COTAS	
1 FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	1***** 2***** 3*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	ICF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL: SERRA TALHADA DATA: 11/01/18

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
PE N° 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

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	114.434.254-60	PCV6852
RENAVAM	MARCA / MODELO	
1038251335	HONDA/CG 150 TITAN ESD	
ANO FAB.	CAT. TIRÉ	NP CHASSI
2014	09	9C2KC1650FR007707
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNE (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO	ICF (R\$)	TOTAL PREÇO (R\$)
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.000/0001-04

COMPREV
COMPREV - RIA E OCVIDÊNCIA SIA
25 ABR 2019
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140798/19

Vítima: YARA MARLENA MARINHO DE SOUSA

CPF: 087.266.334-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2018

Titular do CPF: YARA MARLENA MARINHO DE SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

YARA MARLENA 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 MARLENA MARINHO DE SOUSA
CPF: 087.266.334-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

YARA MARLENA MARINHO DE SOUSA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2018

Titular do CPF: YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

YARA MARLENIA MARINHO DE SOUSA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

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, 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

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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190633998

Vítima: YARA MARLENA MARINHO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YARA MARLENA MARINHO DE SOUSA

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

Documentação médica-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

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, 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 de 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(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nome do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	087.266.334-50	YARA MARLENA DE SOUZA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	YARA MARLENA MARLINTO DE SOUZA		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Serviço:	rua sete	020	CPA
Estado:	SERRA MACHADAS	CEP:	56906-230
E-mail:	Tel.(DDD):		
ALTO BOM JESUS			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0413 CONTA: 22.619 X
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vívo Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou
Vivos: Falecidos: Vítima deixou
nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:
CPF:

3º | Nome:
CPF:

</



AG. 0913-X
C/C 32619-X


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nome do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	087.266.334-50	YARA MARLENA DE SOUZA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	YARA MARLENA MARLINTO DE SOUZA		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Salário:	RUA SETE	020	CPA
Cidade:	SERRA MACHADAS	CEP:	56906-230
Estado:	PE	Tel. (DDD):	
E-mail:			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0413 CONTA: 22.619 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vívo Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:
 CPF:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

25 ABR 2019

Assinatura

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



AG. 0913-X
C/C 32619-X


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROCESSO N.º 10

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFEGOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCODELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA (AUTOR \ AGENTE)
 YARA MARLENA 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 MARLENA 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: **3º. 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: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGENTE ADMINISTRATIVO** Telefones Celulares: **- 87999111202**

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**

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**

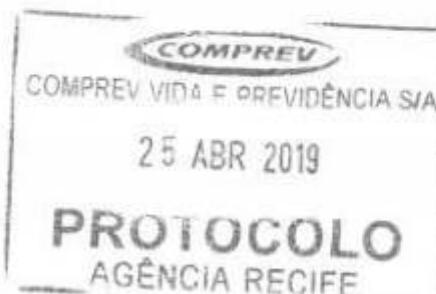
Complemento / Observação

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 DESCRIPTAS NESTE BOE QUANDO TRAFECAVA 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 REFERIDA ESTRADA 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 MARLENA MARINHO DE SOUSA
 (VITIMA)

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



PROCESSO N.º 10



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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 N.º **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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCELO JUNIOR AMANCIO PEREIRA (AUTOR \ AGENTE)
YARA MARLENA 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 MARLENA 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: **3º. 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: **1º. 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 DESCRIPTAS NESTE BOE QUANDO TRAFECAVA 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 REFERIDA ESTRADA 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 MARLENA MARINHO DE SOUSA
 (VITIMA)

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

