

Declaração do Proprietário do Veículo



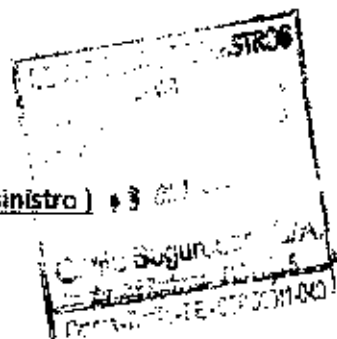
Eu, Leonardo Carvalho da Cunha
RG nº 4448181 data de expedição 17/10/2003
Órgão _____, portador do CPF nº 07937808910 com
domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antonio Ricardo nº 242
complemento CDD, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria José Salustiano Pereira cujo o condutor era
Maria José Salustiano Pereira

Veículo: moto
Modelo: Honda C100 BZE5
Ano: 2005
Placa: WHS9283
Chassi: 9CLH407105R040930
Data do Acidente: 10/06/2013
Local e Data: Timbaúba, 20 de Setembro de 2017



Leonardo Carvalho da Cunha
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) * 3



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de LEONARDO CARVALHO DA CUNHA.
Timbaúba/PE, 20/09/2017 15:08:37, o referido é verdade. Dxi fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,28 Total: 4,66. -RC30903-2

Gilberto Vasconcelos Leite - Escrevente
Selo digital: 0150730.VEM07201701.04625
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

Gilberto Vasconcelos Leite



A. Imprimir de documento

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 16/06/2017 11:41

Atendimento: 251845 Entrada: 13/06/2017 Hora: 16:24
Acomodação: LEITO 02
Plano: HOSP G. OTAVIO DE FREITAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 09
Permanência: 2 Dia(s), 19 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702800687479484

Paciente: 1607149 MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA
Nascimento: 18/03/1996 (21 Anos e 2 Meses)
Endereço: RUA ANTONIO RICARDO
Bairro: CENTRO C.E.P.: 55870-972
Cidade: 2615300 TIMBAUBA
Pai: EDMARES DUARTE PEREIRA
Mãe: SOLANGE SALUSTIANO LINS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11622363450
Identidade: 9448881 - SDS - PE
Telefone: 1 992097478
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: TIMBAUBA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADA DO OTAVIO, COM DOR + INCAPACIDADE FUNCIONAL EM PERNA ESQUERDA.

Exame físico:

RX: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Hipótese diagnóstica:

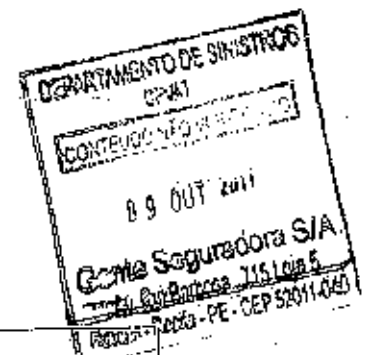
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO.	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:



Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Glória Campelo S/N - Moreno-PE



673/17



Rua Dr. Antonio Xavier, s/n
 CEP 55865-000 - Macaparana-PE
 CNPJ: 11.361.888/0001-04
 Fone: (81) 3639.1156
 www.macaparana.com.br

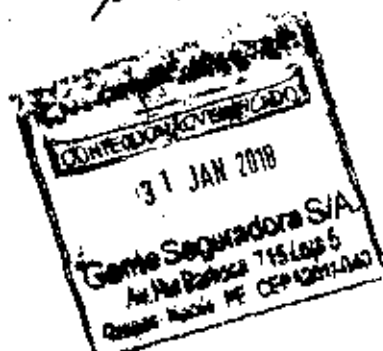
RECEITUÁRIO

Maria José Julestiane Pereira
 vítima de acidente com
 moto, tem fratura
 medial de tíbia e
 foi submetida a tre-
 tato de conservação com
 auxílio de aparelho engheda
 durante o tratamento com
 dificuldade de deambular
 Alta médica.

15
 01
 18

Dr. Jorge Vasconcelos Neto
 Médico
 CRM: 27.422

Jorge V. Neto



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CIVIL

ECI

POLEGAR DIREITO

Carteira de Identidade

Rafaela Maria de X. Cavalcanti

0012

EXATAMENTO DE SUPOSTOS

BRASIL

10/02/2014

19 OUT 2011

Seguradora S/A

Com. Pernambuco - PE - CEP 52010-000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.788.638

10/02/2014

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

JOSE MANOEL DE SANTANA

MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA

VICENCIA - PE

24/12/1986

0760340155 2013 2 00015 037

0004944 10 VICENCIA PE

086.005.684-80

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CIVIL

15/01/2014

DEPARTAMENTO DE AUTOMÓVEIS
 DPVAT
 (COTECUO NÃO VERIFICADO)
 107 100 61
 Cota Seguradora S/A
 Rua... de Curitiba
 Curitiba, Paraná



REPÚBLICA FEDERATIVA
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

011970419126

LEONARDO CARVALHO DA CUNHA
 054938178

LEONARDO CARVALHO DA CUNHA

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

HONDA AC 100 ELIZ ES 2005/2005

STEL PARTES VERMELHA

DEVA 2015 CULINDO

DEVA 2015 CULINDO

DEVA 2015 CULINDO

DEVA 2015 CULINDO

DEVA 2015 CULINDO

DEVA 2015 CULINDO

DEVA 2015 CULINDO

011970419126

LEONARDO CARVALHO DA CUNHA

ESTADO DE MATERNIDADE
 CAJAMÁIS INFORMATICA LDI NOVO
 AL CONDOMÍNIO DE COOPERTIVA

WWW.COOPERTIVAS.COM.BR
 COOPERTIVAS.COM.BR

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

TIMEAUSA-2F

FEV-2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170547527 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO ATUALIZADO, INCLUINDO LAUDO DOS EXAMES DE IMAGEM + RELATÓRIO DE ALTA, REFERINDO AS SEQUELAS DO TRAUMA

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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170547527 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170547527 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FOI ATENDIDA NO DIA 10/06/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. A MESMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 4,5 MM MAIS 6 PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 24 HORAS E FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 2 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO



0025

Comprovado em dia eletrônico

1. OUTORGANTE: Maria Jose Salustiano Pereira Portador do documento de identidade nº 9.448.881, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 116.123.634.50, residente na Rua Antonio Ricardo nº 242 Timbaúba/Paraíba
2. OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 4788638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684.50 residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas - Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Timbaúba 19 de Setembro de 2017



Outorgante: Maria Salustiana Pereira



2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS
Rua Manoel Pereira Lima, 54 - Timbaúba - Paraíba - CEP: 56.171-278, Fone: (33) 3631-4603 E-mail: carol@quadrasthoma.com

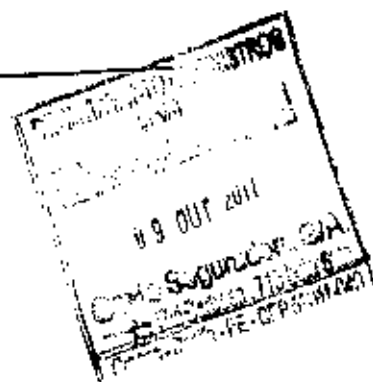
DE: ANTONIO ALVARES COUTINHO NETO - JUIZ

MARIA JOSE RODRIGUES AGUIAR DE CIMA - SUBSTITUA

Reconheço, por AUTENTICIDADE a firma de MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA, Timbaúba/PE, 20/09/2017 09:40:39, o referido é verdade. Dou fé, Emolumentos: R\$ 3,49 TSMR: R\$ 0,78 Total: 4,66. -AC30677-6

Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730.44407201701.04694

Consulte a autenticidade em www.tine.uac.br/validadigital



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2017

Carta nº: 11819489

A/C: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170547527 ASL-0393673/17
Vítima: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA
Data Acidente: 10/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta nº: 11841308

A/C: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170547527 ASL-0393673/17
Vitima: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA
Data Acidente: 10/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/06/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA**

Sinistro: **3170547527**
Vítima: **MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA**
Data do Acidente: **10/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170547527** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12443498

A/C: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA

Nº Sinistro: 3170547527
Vítima: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA
Data do Acidente: 10/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

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: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 0000062473-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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): **MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO RICARDO nº 242 - MOCOS - TIMBAUBA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9448881 - SSP**
Data e local do acidente: **10/06/2017 TIMBAUBA/PE**
Data e local do exame: **19/02/2018 GOIANA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

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

FOI ATENDIDA NO DIA 10/06/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. A MESMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 4,5 MM MAIS 6 PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 24 HORAS E FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 2 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU I, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ESQUERDA DE 1 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DE FOCO DE FRATURA (1+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO DE FORMA LEVE, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 15°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU I.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PE / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO



Declaração Circular SUSDP 445/12

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

EU Maria Jose Salustiano Pereira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.448.881 EXPEDIDO POR SDS / PE EM 10/04/2012
 CPF 1.16.22.316.94.50 / CNPJ 00.000.000/0000-00 PROFISSÃO PEixeira
 RENDIA MENSAL DE R\$ Receita NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Jose S. Pereira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

1. A Circular Susdp 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 todos as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, Previdência Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (microempresa) ou LULA ou LULA (microempresa);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não foi titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POLÍPANCA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 10.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em processo (neste momento) revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISRDPAT-Sinistro, que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido ou fotos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código da seguradora.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE, TODOS OS BANCOS:

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0833 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00062423-01

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

Timbaulta 28 de Setembro de 2012 Maria Jose Salustiano Pereira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de até R\$ 3.000,00 por acidente de trânsito.

CAIXA Loteria

CA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

270-861954050-3

27/SET/2017

HORA DE 09:54:04

LOT: 15.17601-5
LOCALIDADE: BUENOS AIRES
AG. VINCULADA: 0054

TERM: 01543

CONTROLE: 016B459

0877 013 00062473-0

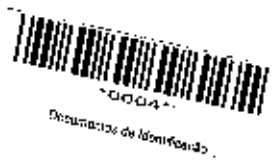
MARIA JOSE S PEREIRA

CA Loterias

CAIXA Loteria

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPMAT
CONTROLE DE SINISTROS
09 OUT 2017
Cento Seguradora S/A
Av. Paulista 715 São Paulo
Cento - São Paulo - SP - CEP 01311-000

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria José Salustiano Pereira, portador da carteira de identidade nº 9.448.881 e inscrito no CPF/MF sob o nº 116.223.634-50 residente e domiciliado na Rua Antonio Ricardo Nº 242 Cidade Timbaúba Estado Pernambuco 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.

Maria José Salustiano Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timbaúba, 28 de Setembro de 2011
Local e data



154

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA

S. M. S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO

Data: 11/11/2011

Hora:

01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO

Atendimento nº

Nome do Usuário:

Nº Prontuário

Cartão SUS

Data Nascimento: Idade:

Sexo:

Nº Gp Familiar

Mãe:

Pai

Ocupação:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

Município:

UF:

Telefone:

Clínica:

Data:

Hora:

Motivo da procura:

Rubrica Servidor:

Assinatura do Paciente:

02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Assinatura:

Classificação:

03 - ANAMNESE

04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: _____

FC: 122

PA: 120/70

FR: 20

Glasgow:

05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

Radiológico:

() ECG

() Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Condição:

☒ Medicação

() Observação

() Laudo para AIH

Saída: Data/Hora

às

h:

() Alta referido para UBS

() Óbito

() Outra Unid. Urgência

() Especialidade

() Internação no Hospital

Médico: (Carimbo e Assinatura)

1) 565 x 500 mm e

2) 110 na 500 mm/m e 01 cm + 40 e

Amândia G. S. M.
Médica
CRM: 24885

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000062473-0

Nr. da Autenticação 6A73CA0D2FE011FD

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Documento de Identificação

Eu Marica Jose Salustiano Pereira
RG nº 9.448.881 data de expedição 10/04/2012 órgão SDS/DE

CPF nº 116.223.634-50 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 Antonio Ricardo</u>
Número	<u>242</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>MOVA</u>
Cidade	<u>Timbela</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9216-2319 / (81) 9-95433413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbela, 28 de Setembro de 2012

Assinatura do Declarante: Marica Jose Salustiano Pereira



Nota Fiscal de Energia Elétrica
Companhia Celpe de Pernambuco
Av. João de Barros, 31, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50000-000
CNPJ 06.825.032/0001-08 | Ins. Est. 0007963-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SILVANCE SALLIS TIANO LINS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO RICARDO 242

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM RBS
Monofásico

MOCOS/TIMBAUBA
TIMBAUBA/PE
55870-000

Nº DA NOTA FISCAL: 000198421
Data de Emissão: 09/09/2017
Nº DO CLIENTE: 2001016882
Nº DA NOTIFICAÇÃO: 2878264

DATA CONTABILIZADA: 09/2017
DATA DE VENCIMENTO: 12/09/2017
DATA DE CANCELAMENTO: 04/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 34,20

Consumo Aprox 30 kWh
Consumo Aprox Superior a 30 ate 100 kWh
Acreditação Bandeira AMARELA
Acreditação Bandeira VERDE/LHA
Contribuição Iluminação Pública
PRO-CREAR 4-(001)2412-8500/0001-0000

QUANTIDADE
50.0000000
66.0000000

PREÇO UNITÁRIO
0,17095803
0,26204234

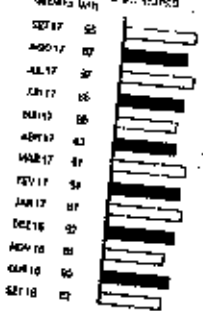
VALOR (R\$)
5,11
17,98
0,11

RECEBIMENTO DE 02 DIÁRIOS
9 OUT 2017
Conta Seguradora S/A
715.000,00
34,20

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Nº DA FORTALEÇA	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	Nº DE DIAS	ALÍQUOTA
000198421	001	01/09/2017	41 200/00	48 200/00	04/09/2017	48 200/00	55 200/00	7	1,0000
									35,00

Consumo médio mensal (kWh)



Consumo médio mensal (kWh)

OCUPAÇÃO DO CONSUMIDOR	VALOR DO CONSUMO	%	VALOR DO IMPORTE
Residência	10,00	29,23	2,92
Comércio	10,00	29,23	2,92
Indústria	10,00	29,23	2,92
Outros	10,00	29,23	2,92
Total	30,00	100,00	8,68

Consumo médio mensal (kWh)

OCUPAÇÃO DO CONSUMIDOR	VALOR DO CONSUMO	%	VALOR DO IMPORTE
Residência	10,00	29,23	2,92
Comércio	10,00	29,23	2,92
Indústria	10,00	29,23	2,92
Outros	10,00	29,23	2,92
Total	30,00	100,00	8,68

INSCRIÇÃO DE IMPORTANTE

Esta nota fiscal é emitida em conformidade com a Lei nº 4.783/64, de 12 de dezembro de 1964, e com o Regulamento de Emissão de Notas Fiscais de Energia Elétrica, aprovado pelo Conselho Nacional de Energia Elétrica (CNEE) em 1997. A presente nota fiscal é emitida em nome da Companhia Celpe de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 06.825.032/0001-08, e é destinada ao cliente SALLIS TIANO LINS, inscrita no CNPJ nº 000198421. A presente nota fiscal é emitida em nome da Companhia Celpe de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 06.825.032/0001-08, e é destinada ao cliente SALLIS TIANO LINS, inscrita no CNPJ nº 000198421.

ANEXO DE FREQUENCIA DAS ATIVIDADES

Atividade	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Atividade	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Residência	10,00	2,92	Comércio	10,00	2,92
Indústria	10,00	2,92	Outros	10,00	2,92
Total	30,00	8,68	Total	30,00	8,68

ANEXO DE FREQUENCIA

Atividade	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Atividade	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Residência	10,00	2,92	Comércio	10,00	2,92
Indústria	10,00	2,92	Outros	10,00	2,92
Total	30,00	8,68	Total	30,00	8,68

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana CavalcantiRG nº 8788638, data de expedição 10/02/2014 Órgão SDS/PE

CPF nº 086.005.684-50, 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 Jose Emiliano</u>	
Número	<u>1 A</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade	<u>Buenos Aires</u>	
Estado	<u>Pernambuco</u>	
CEP	<u>55845-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9216-2319 / (81) 9-8543-3413</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Buenos Aires, 28 de Setembro de 2013Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti

Companhia Energilisa do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bloco Vista. Recife, Pernambuco - CEP 01050-000
CNPJ nº 03.693.000/0001-28 | Ins. Est. 5001343-91 | www.sabsp.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSÉ EMILIANO 1 A

CENTRO BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
55845-100

CLASSIFICAÇÃO
DO COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Manufaleto

002819451	UNICA	22/08/2017
-----------	-------	------------

DATE OF BIRTH	DATE OF DEATH	DATE OF BURIAL
22/09/2017	21/08/2008	4/7/80

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Adm (MAN)	30,000000	0,87315022	26,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,83
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,28
Contribuição Iluminação Pública			1,48
KMS Supervisão-COE-NF 037772589-24/07/17			0,21
Multa por atraso-NF 002643413- 24/08/17			6,41
Multa por atraso-NF 002643413- 24/08/17			6,07

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA MOTIVATERAL									
PERÍODO MÊS/ANO	TIPO DE FUEL	ANTERIOR DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO MÊS/ANO	CONSTANTE	SALDO	CONSUMO DATA
NOV/2000	CAT	21/04/2001	1.846,00	21/04/2001	1.846,00	1	1.0000		13.53

MISLAJE VEH		BASE DE CALEND		%	VALOR DE IMPORTE
SEI 17	30	IGMS	29.11	25.80	1.27
AGO 17	30		29.11	0.84	0.13
JUL 17	30		29.11	3.08	1.23
CON 17	33	CONFES			
MAR 17	30				
AGO 17	33				
AGO 17	33	CONFES			
MAR 17	33				
FEB 17	33				
JUN 17	30	CONFES			
AGO 16	30				
NOV 16	30				
DIC 16	30	CONFES			
FEB 16	30				
FEB 16	30				

[illegible]

As condições para a de-
terminação e gestão do preço de
distribuição, incluindo o
serviço prestado e tributa-
ção, são estabelecidas, para
controlar, de forma adequada,
a distribuição e o preço.
www.casas.com.br

DURACAO E FREQUENCIA DAS INTERUPCOES					LIMITES DE TOLERANCIA		
DESCRITIVO TALASSEDA ALTA	MILHOES DE ALUMINIO POR TON	BACTE- RIAS MIL	LITROS DE ALUMINIO	LITROS DE ALUMINIO	TENDENCIA INDICADA (%)	LIMITES DE TOLERANCIA (%)	
						DESEMPENHO	INDICADO
DE	2,12	6,85	11,78	22,31	220	202	231
DE	1,00	3,38	6,72	13,45			
DE	2,13	3,23	0,00	0,00			

1. 10. 2012 13:22

CONTA CONTRATO	MESAJE	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
24/24/2018	03/25/17	29/09/2017	23,28

83850000000-6 23280011002-2 85984501910-2 09344290613-7





0030

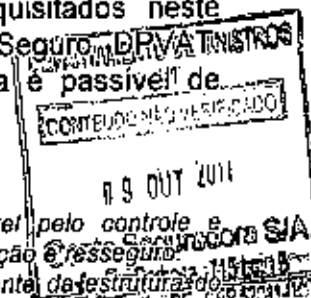
Entidade Organizadora

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT². No entanto, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².



¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Santana Cavalcanti portador(a) do

RG nº 3988638, expedido por SDS/PE, em

10/02/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria

José Salustiano Pereira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez Permanente

da vítima Maria José Salustiano Pereira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Pessoa Renda Mensal: R\$ Pessoa

Documentos comprobatórios: _____

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO