

Declaração do Proprietário do Veículo

ED. Leonardo Carvalho da Cunha

RG nº 7448181 data de expedição 17/10/2003
Órgão _____, portador do CPF nº 079348087-10, com
domicílio na cidade de Lembaúba, no Estado de
Paraíba, onde resida na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antônio Recardo nº 248

complemento CIA, 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 Jose Salustiano Pereira cujo o condutor era Maria Jose Salustiano Pereira

Véhicule: Moto

Modelo: ~~Marka~~ E 100 RZ E 5

Ano: 2005

Placa: 15559283

Chassi: 9C1M407625R040930

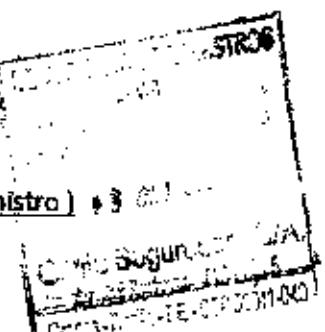
Data do Acidente: 10 / 06 / 2013

Local e Data: Timbaúba, 20 de Setembro de 2017

Levante carvalho da serra

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima, assinatura de cônjugue)



Gilberto Vasconcelos Leite - Escrevente
Gelo digital: 0150730.VGM07201701.04625
Consulta a autenticidade em: www.tipe.jus.br/calodigital/

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Atribuição de responsabilidade

Emissão: 16/06/2017 11:41

Atendimento: 261845 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.: 702800687479464

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: / 992097478
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: TIMBAUBA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGÊNCIA (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.

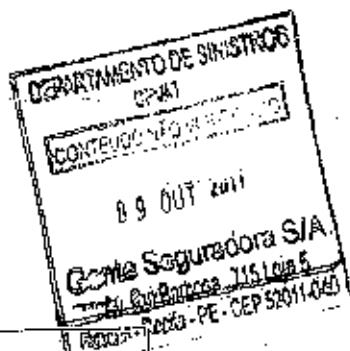
Hipótese diagnóstica:

FRATURA DOS OSSOS DA Perna Esquerda.

Prescrição/Conduta:

Horário/Chegada

01 -	INTERNAMENTO.	
02 -		
03 -		
04 -		



Reavaliação:

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



673/17



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

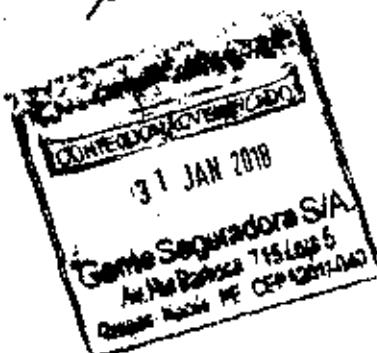
RECEITUÁRIO

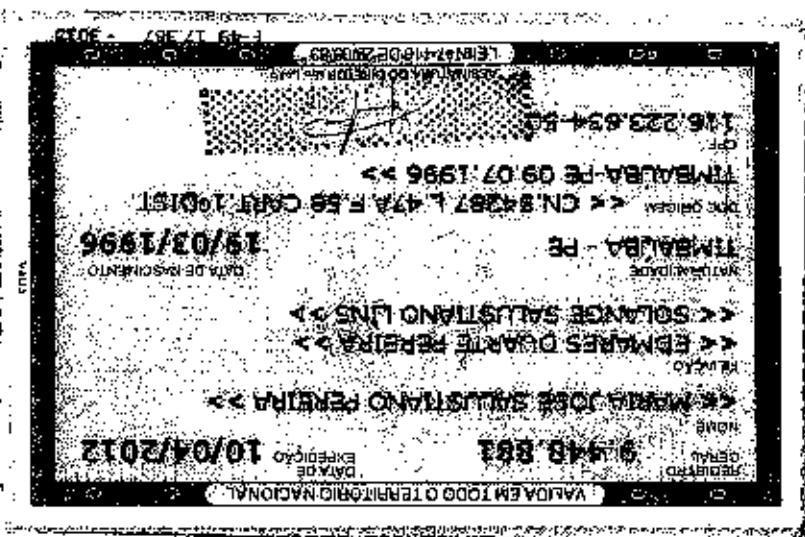
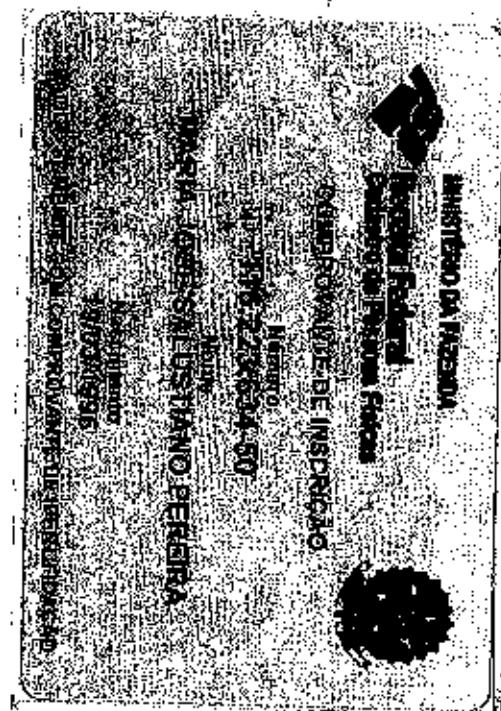
Maricá foi levado ao Pronto-Socorro de Macaparana de moto, com febre e mal-estar de 3 dias. Foi submetido a exames de laboratório e constatou-se a progressão da infecção, com a necessidade de hospitalização. A alta médica:

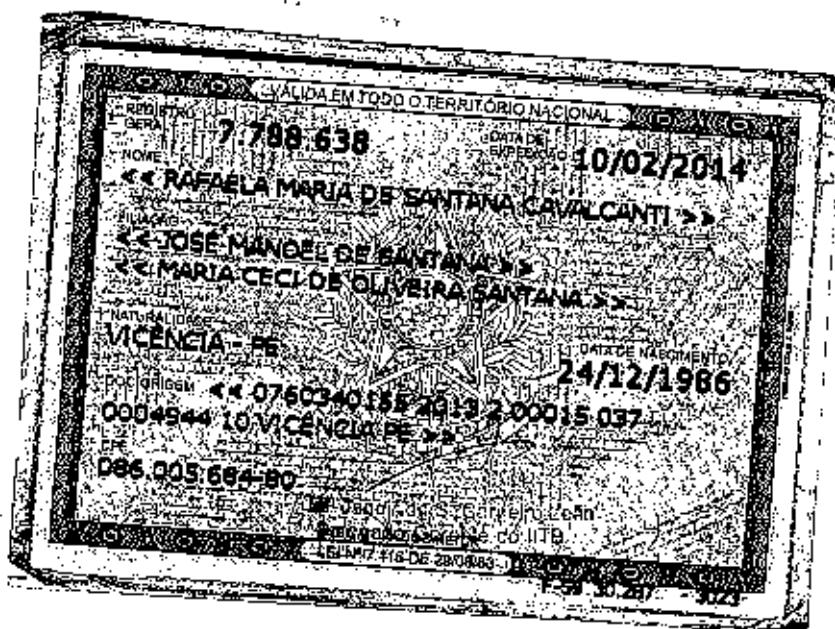
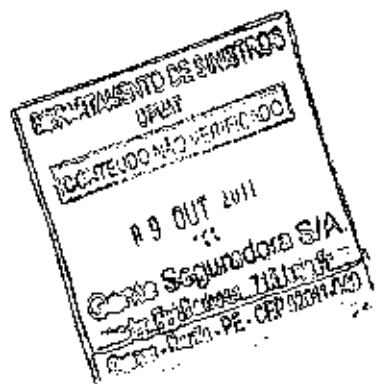
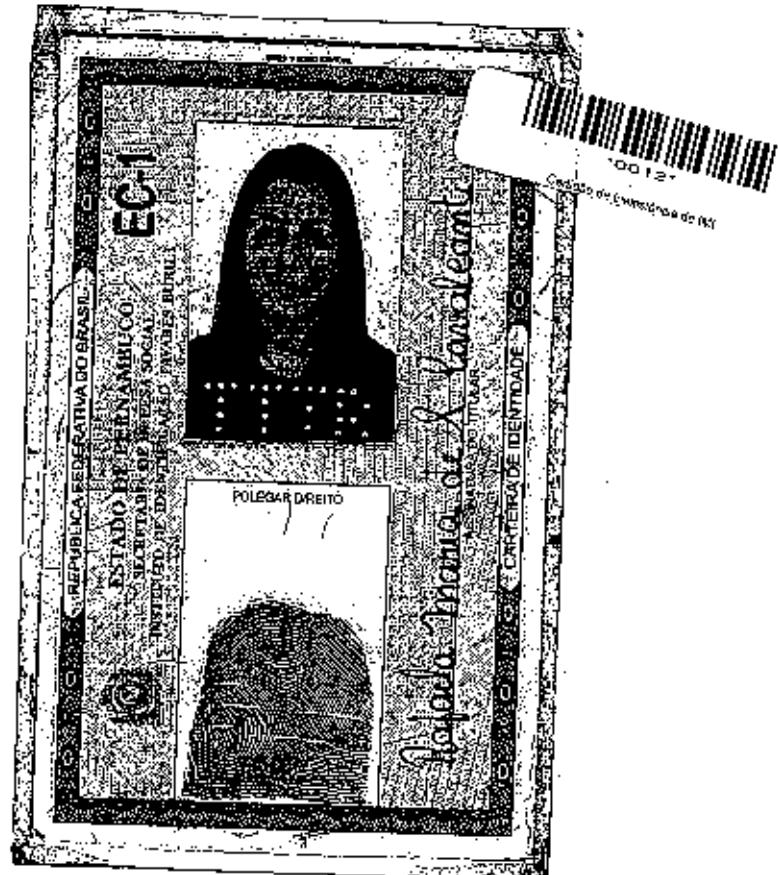
§/§/§

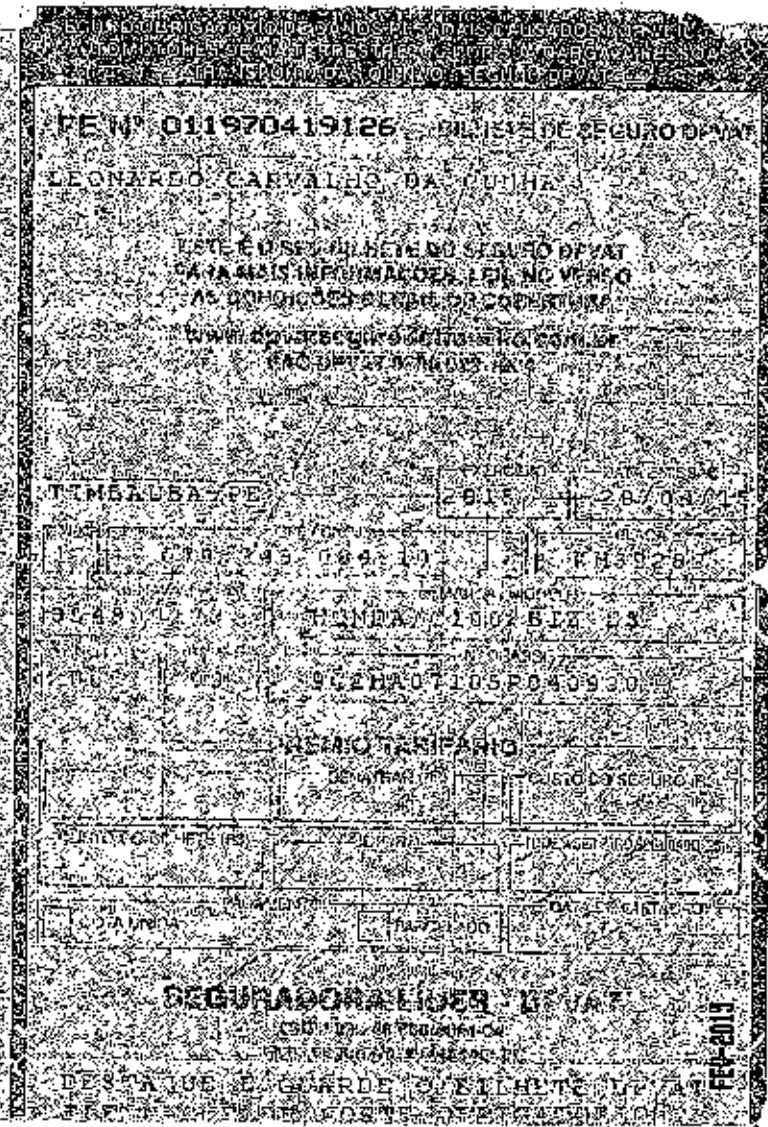
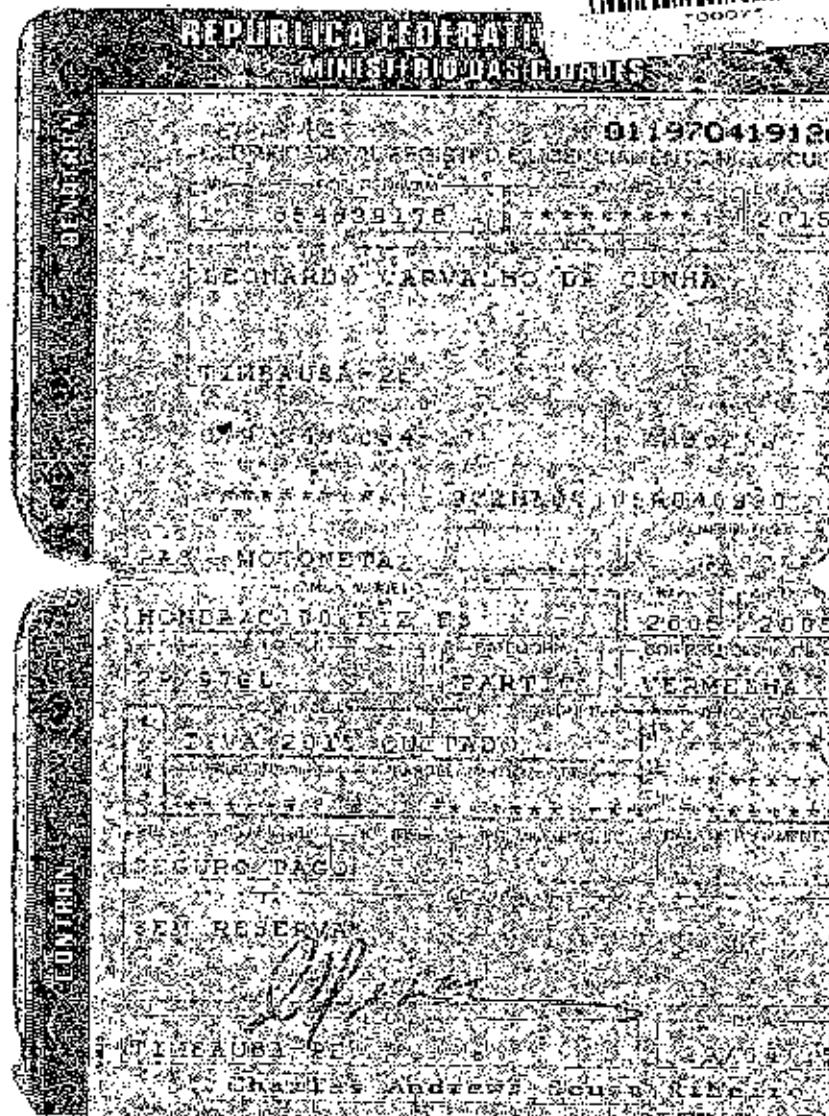
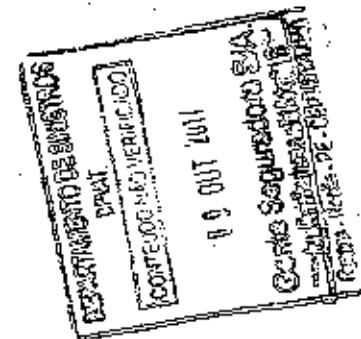
Dr. José Venerando Neto
Médico

Força Viva









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

Valorização 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
médico pericial:

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 CORTICIAIS. 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

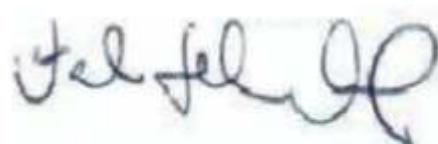
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

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



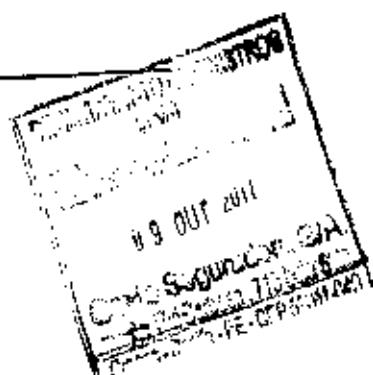
1. OUTORGANTE: Maria Jose Salustiano Pereira Portador do documento de identidade nº 3.728.871, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 116.123.634.50, residente na Rua do Tonil Ricardo 242, Timbaúba, Paraíba/PE.
2. OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 3.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684.80 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 Salustiano Pereira



2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba
REL. AUTENTICO ALVARES COELHO NETO - 0018
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS
Rua Antônio da Cunha, 100 - Centro - Timbaúba - Paraíba - CEP: 58.070-000 - Fone: (83) 3681-6602 E-mail: autentico@autentico.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARIA JOSÉ SALUSTIANO FERREIRA, Timbaúba/PE, 20/09/2017 09:40:37, o referido é verdade. Dou fé, Encargos: R\$ 3,49 TFR: R\$ 0,78 Total: 4,26. - 4030877-6

Marta Danielle da Silva - Escrivente
Selo digital: 0150730.4407201701.04694
Faz consulta a autenticidade em: autentico.com.br/colarDigital

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

Vitima: 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 inicio 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,



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 n°: 12443498

A/C: MARIA JOSE SALUSTIANO PEREIRA

Nº Sinistro: 3170547527
Vitima: 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. Nexo 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%

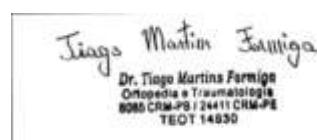
Região Corporal(Sequela):

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



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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO

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

SE Maria José Salustiano Pereira
 PORTADORA DO RG nº 19.468.881
 CPF 41.162.369-3415-01 CNPJ 00000000000000000000
 U RENDA MENSAL DE R\$ 1000 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José S. Pereira AUTORIZO A SEGURO LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

CONFORME Circular Susep nº 445/2012 que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todos os dados que possam ser utilizados no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação principal, informações sobre a profissão e a faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício - tais documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Conselho de Contabilidade e Fiscal;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (máximo em R\$10.000,00);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de R\$100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em processo (neste momento revogar-se a aceitação da proposta de abertura do documento comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos o consultivo site da RFB/ITA FEDERAL para receber a documentação correta);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários;

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

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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0823 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00062473-0

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

Timbaúba, 28 de Setembro de 2017 Maria José Salustiano Pereira
 DATA: 28/09/2017 ASSINATURA DO PESSOAL/POD



O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 80,000,00 na morte da vítima. Asseguração de R\$ 100,000,00 na invalidez permanente.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0181
DVIDORIA 0800 725 7474

278-861954054-3

27/SET/2017 HORA DF 09:54:04

LOT: 15.17601-5 TERM: 015438
LOCALIDADE: BUENOS AIRES
AG. VINCULADA: 0054 CONTROLE: 0168459

0877 013 00062473-B

MARIA JOSE S PEREIRA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GHAT
OCORRENCIA VERIFICADA
19 OUT 2014
Gento Seguradora S/A
Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1000
CEP 12020-000 - RJ - CEP 22291-000

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Documentos de identificação

Eu, Maria Jose Salustino Pereira, portador da carteira de identidade nº 9.448.884 e inscrito no CPF/MF sob o nº 316.228.634-50, residente e domiciliado na Rua Antônio Ricardo N° 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

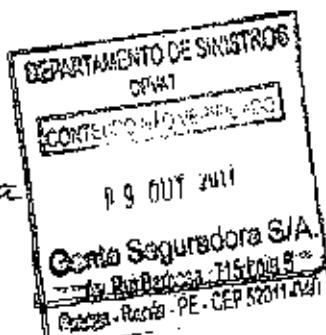
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 Jose Salustino Salustino Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timbaúba, 28 de Setembro de 2012

Local e data

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: 11/11/201

Hora:

01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO

Atendimento nº

Nome do Usuário:

Nº Prontuário

Cartão SUS

Data Nascimento:

Idade:

Sexo:

Nº Grp Familiar

Mãe:

Pai:

Ocupação:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

Município:

Telefone:

Clínica:

Data:

Hora:

Motivo de procura:

Rúbrica Servidor:

Assinatura do Paciente:

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

Acolhimento com classificação de risco:

Pente Vianna, acidente de Moto, c/ exsanguine
nao possuir naga DPLA, c/ lesões

Assinatura:

Classificação:

03 - ANAMNSE:

04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: 37,0 F.C. 102 PA 132/72 FR. 90 Glasgow: 10/10

Examen clínico: Orientado
ACI: 3m 2s 2NE oral 20cm
AP: 1000m m 1000m
Abd: 100cm alterado
Cdt: 100g a pressão de 100cm

05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

 Laboratório: Radiológico: RT de Vena C. ECG Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: Medicação Observação Leito para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saída: Data/Hora 11/11/2011 às 10:00 h. Alta referido para UBS Óbito Outra Unid. Urgência Especialidade Internação no Hospital

① S65 x 500ml. 6/

② Diprospan 500mg/ml. 03 crotal 6/

Assinatura:
Médico:
CRM: 24889

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: 00000062473-0

Nr. da Autenticação 6A73CA0D2FE011FD

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, maria fore- Galvão carvalho Pereira,
RG nº 9.448.881 data de expedição 10/04/2020 orgão SDS/DE

CPF nº 16.223.634-50 venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovação de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Lugradouro (Rua/Avenida/Praca)	Rua Antônio Ricardo
Número	242
Apto / Complemento	
Bairro	Mororó
Cidade	Timbaúba
Estado	Pernambuco
CEP	55845-000
Telefone de Contato	(81) 9-9216-2319 / (81) 9-95433413
E-mail	

Per se verdaðe, firðingar

Local e Data: Timóteo, 28 de Setembro de 2017

Assinatura do Declarante: X maria joao e custodio pereira



Taxa Social da Energia Elétrica: Cada pole 10,00% de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CBSEL DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Brasileira de Distribuição
Av. Júlio de Barros, 31, Bairro Vila Olímpia - São Paulo - CEP 04600-010
CNPJ: 00.222.000/0001-08 / Fone: (011) 5003-4010 / www.cbsel.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULTORIA
RUA ANTONIO RICARDO 242

0 164-324115:16556398749

MOCOS/TMBAUBA
TUMBAUBA/PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUM
Monofamiliar

2. № відповідальний
000149421

CONTA CONSUMO
0248191015
DATA DI RICHIEDIMENTO
12/09/2017
TUTTO A PAGARE 1000
MILANO
08/2017
DATA DI RICHIEDIMENTO
04/10/2017

Consumo Ativo até 30 kWh.
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh.
Aeroflatina Bandeira AMARELA
Aeroflatina Bandeira VERMELHA
Contribuição Autônoma de Pátria
PRO-CRANCA (011) 2411-7800 (011) 2411-7803

TOTAL ENFANT

DEMONSTRATION OF CONSUMPTION

Introduzione alla teoria dei sistemi

Temperatura	Probabilidade das reacções		
	Prob.	Logar.	Mais
0°C	0,00	0,19	0,20
20°C	0,01	3,42	0,42
40°C	0,00	3,00	0,00

14-Nov-08 07:24:40

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Rafaela Maria de Santoma Cavalcanti,
RG nº 9288638, data de expedição 10/02/2014 Órgão SIS/PE,

CPF nº 096.005.684-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Emílio</u>	
Número	<u>1 A</u>	
Apto / Complemento		<u>19 OUT 2011</u>
Bairro	<u>Centro</u>	<u>Conta Sist. Pernambucana S/A</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>	<u>PE-CEP 50000-000</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 2013

Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei nº 438, de 26/04/1927

ESTRUCTURA Y TIPOS DE TENSIÓN ELÉCTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João da Barra, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50.060-000

DADOS DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSÉ EMILIANO 1 A

CPF: 036 856.044-34

CENTRO/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
\$645.000

CLASSIFICAÇÃO

**23 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES**

002819451	UNICA	2008/2017
1200800117	2008023001	477680

2859B45D19	09/2017
DATA DE VENCIMENTO: 24/10/2017	
TOTAL A PAGAR: 23,28	

ESTADO DE SÃO PAULO - SECRETARIA DA Fazenda

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adm (kWh)	30.000000	0,87315022	26,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,03
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,28
Combustível Luminácia Pública			1,48
IOMS Subvenção-CDE-NF 037772599-24/07/17			0,21
Multa por atraso-NF 002613413- 24/08/17			0,41
Luta por atraso-NF 002613413- 24/08/17			0,07

TOTAL PARENTS

THE MUSEUM OF CULTURES

DETALHAMENTO DE CONSUMO DE ÁGUA									
PERÍODO	TIPO DA FABRICAÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	LEITURA	Nº DE GROS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO DIA
MAIS 300	CAT	31/06/2017	8.866,00	22/07/2017	8.866,00	5	1.00000		13,53

PERÍODO DE REFERÊNCIA		VALORES DE REFERÊNCIA		PERÍODO DE REFERÊNCIA	
Mês/Ano		DATA DE CALCULO	%	VALOR R\$0	VALOR R\$10
SER17	30				
AGO17	30	ICMS	-29,11	-25,80	-3,27
JUL17	30	PIS	-29,11	-0,84	0,13
JUN17	30	COFINS	-29,11	3,08	0,03
MAR17	30				
ABR17	30				
MAR17	30				
FEV17	30				
JAN17	30				
DEZ16	30				
NOV16	30				
OCT16	30				
SET16	30				
SISTEMA DE INFORMAÇÕES FISCAIS					
SC 25 84 D7 2A78.EFA3.FAO9.0F78.F2B4.JAE8					

INFORMACOES IMPORTANTES

TABELA DE PREÇOS DE REFERÊNCIA					VALORES DE REFERÊNCIA		
CONSUMO MENSAL MÁXIMA NATURAL	MILH. KWH/AN	VALOR MENSAL	LITROS TRIMESTRAL	VALOR MENSAL	TIPO MENSAL	LIMITE DE MANUTENÇÃO	
000	2,12	8,85	11,15	32,31			
FC	1,00	3,33	8,72	19,45			
SIMC	2,12	8,85	0,00	0,00			
					220	202	231

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$) 261846018 08/2017 29/09/2017 23,28



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. Entretanto, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF³.

[REDAÇÃO AUTOMATIZADA]

19 OUT 2011

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 Rafaella Maria de Santana Cavalcanti, portador(a) do RG nº 29.686.38, expedido por S.D.S / P.E, em 10/02/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria Fai Salustiano Pereira do sinistro de DPVAT da natureza Imobiliz Permanente da vítima Maria Fai Salustiano Pereira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Levado Renda Mensal: R\$ leveado

Documentos comprobatórios: _____

Rafaella Maria de S. Cavalcanti
 ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO