



Número: **0001104-54.2019.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Timbaúba**

Última distribuição : **16/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARILENE MARIA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63151 991	08/06/2020 13:06	<a href="#"><u>2725112_CONTESTACAO_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE TIMBAUBA/PE**

**Processo:** 00011045420198173480

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARILENE MARIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

#### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/01/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **15/04/2017**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 13:06:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060813065606800000061998446>  
Número do documento: 20060813065606800000061998446

Num. 63151991 - Pág. 1

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

<sup>3</sup>"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 30/01/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 337,50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



## **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

## **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

## **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

---

<sup>6</sup>“**PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>“**SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.**”

<sup>8</sup>art. 1º. (...)

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**



## **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TIMBAUBA, 28 de maio de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 13:06:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060813065606800000061998446>  
Número do documento: 20060813065606800000061998446

Num. 63151991 - Pág. 6

## QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



**TABELA DE GRAADAÇÃO**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARILENE MARIA DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **TIMBAUBA**, nos autos do Processo nº 00011045420198173480.

Rio de Janeiro, 28 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 13:06:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060813065606800000061998446>  
Número do documento: 20060813065606800000061998446

Num. 63151991 - Pág. 9



Número: **0001104-54.2019.8.17.3480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Timbaúba**

Última distribuição : **16/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

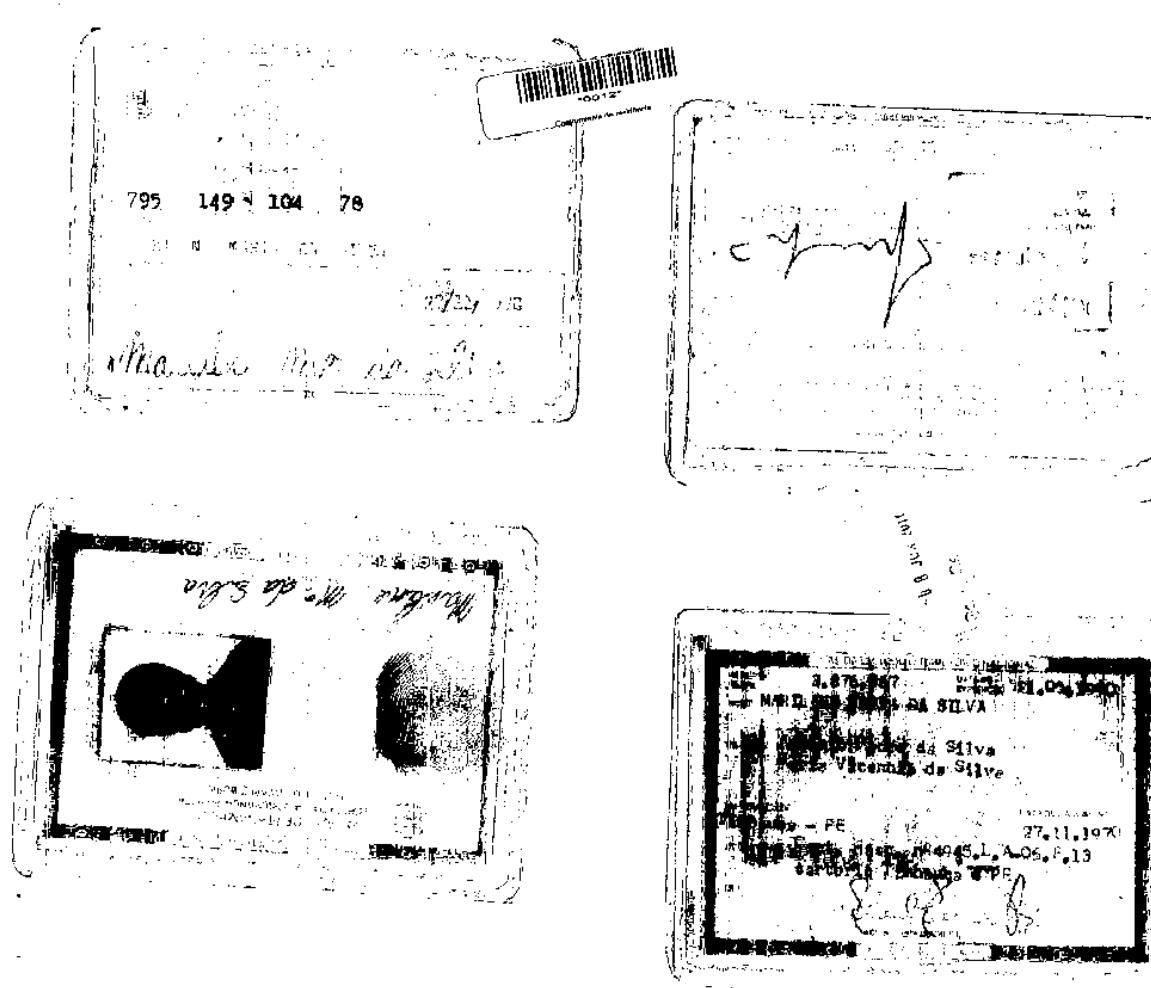
Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARILENE MARIA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	

**Documentos**

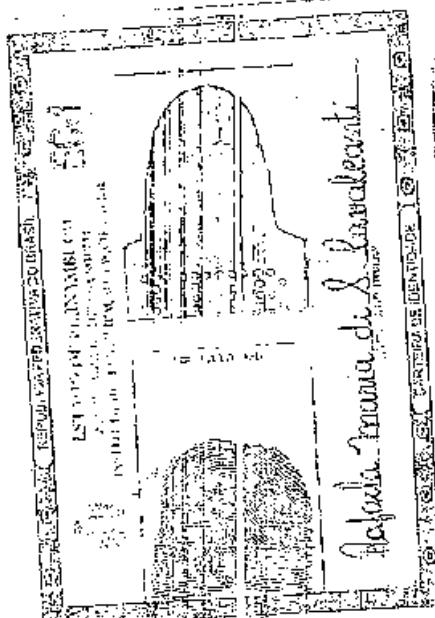
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63151 992	08/06/2020 13:06	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)





-0012-

Consulta de identidade do RG.



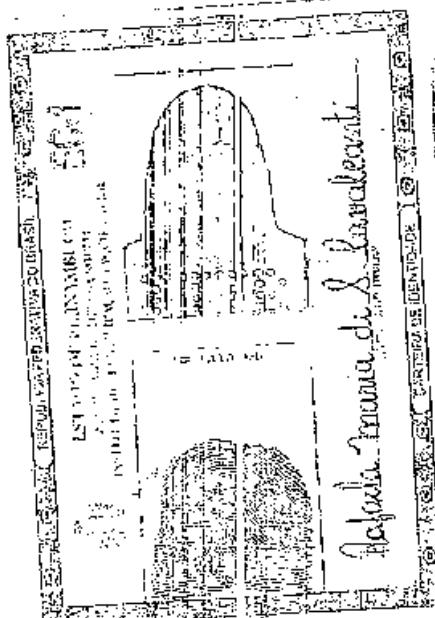
08151992 MARCA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		DATA: 10/02/2014
CEP: 7.786.630	DATA: 10/02/2014	
NOME: << RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>		
NOME: << JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>		
NOME: << MARIA CECILIA OLIVEIRA SANTANA >>		
NASCIMENTO: VICÉNCIA - PE		DATA DE NASCIMENTO: 24/12/1985
TELEFONE: << 0760340155 2013 2 00015 037		
DDD4944 10 VICÉNCIA PE >>		
CPF: 086.005.684-60		





-0012-

Consulta de identidade do RG.



08151992 MARCA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		08151992
7.788.638	DATA: 10/02/2014	
NOME: << RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>		
NOME: << JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>		
NOME: << MARIA CECILIA OLIVEIRA SANTANA >>		
NASCIMENTO: VICÉNCIA - PE		DATA DE NASCIMENTO: 24/12/1985
TELEFONE: << 0760340155 2013 2 00015 037		
DDD4944 10 VICÉNCIA PE >>		
CPF: 086.005.684-60		



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Data: 01/02/2017  
pág. 1

DELEGACIA DE POLÍCIA DE Roubos e Furtos de Veículos

Relatório de Veículo

PLACA: PEW12788 - UF: PE - RENAVAM: 255792024 - CHASSI: 9G2KC16Z0AR054007

**Características Básicas:**

TIPO: MOTOCICLETA - MARCA/MODELO: HONDA CG 150 TITAN WIXES  
ESPECIE: PÁS - COR: VERMELHA  
ANO/RES/MODELO: 2010/2010 - COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

**Dados do Proprietário:**

SPF/CNPJ: 11.111.111/0001-00  
PROPRIETÁRIO: DANIELLE MARIA DA SILVA

**Endereço do Proprietário:**

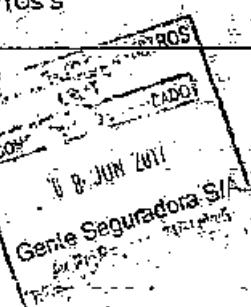
LOGRADOURO: PRACA LUIZ PORFIRIO PESSOA - MUNICÍPIO: IREMEABA  
COMPLEMENTO: CASA - CEP: 566570000  
BAIRRO: CENTRO - UF: PE

**Debitos:**

IPVA: SIM - VALOR: 1966,66  
LICENCIAMENTO: SIM - VALOR: 369,90  
MULTAS: NÃO

**Restrições Gerais:**

RESTRIÇÃO: AL.FID.BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S/A



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Data: 01/02/2017  
pág. 1

DELEGACIA DE POLÍCIA DE Roubos e Furtos de Veículos

Relatório de Veículo

PLACA: PEW12788 - UF: PE - RENAVAM: 255792024 - CHASSI: 9G2KC16Z0AR054007

Características Básicas:

TIPO: MOTOCICLETA - MARCA/MODELO: HONDA CG 150 TITAN WIXES  
ESPECIE: PÁS - COR: VERMELHA  
ANO/RES/MODELO: 2010/2010 - COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

Dados do Proprietário:

SPF/CNPJ: 11.111.111/0001-00  
PROPRIETÁRIO: DANIELLE MARIA DA SILVA

Endereço do Proprietário:

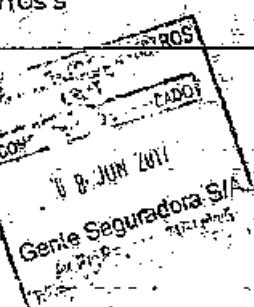
LOGRADOURO: PRACA LUIZ PORFIRIO PESSOA - MUNICÍPIO: IREMEABA  
COMPLEMENTO: CASA - CEP: 566570000  
BAIRRO: CENTRO - UF: PE

Debitos:

IPVA: SIM - VALOR: 1966,66  
LICENCIAMENTO: SIM - VALOR: 369,90  
MULTAS: NÃO

Restrições Gerais:

RESTRIÇÃO: AL.FID.BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S/A



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170318142      **Cidade:** Timbaúba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILENE MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 30/01/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/08/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE 4º PODODÁCTILO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170318142      **Cidade:** Timbaúba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILENE MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 30/01/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/08/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE 4º PODODÁCTILO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170318142      **Cidade:** Timbaúba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILENE MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 30/01/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO  
APRESENTAVA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º PODODÁCTILO DIREITO EM 10°, AUMENTO DE VOLUME (1 /4 ) EM FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 4º PODODÁCTILO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM A REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA, SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 4º PODODACTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequelas

**Data da perícia:** 23/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** \*MANTIDO ENQUADRAMENTO 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170318142      **Cidade:** Timbaúba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILENE MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 30/01/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO  
APRESENTAVA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º PODODÁCTILO DIREITO EM 10°, AUMENTO DE VOLUME (1 /4 ) EM FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 4º PODODÁCTILO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM A REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA, SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 4º PODODACTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequelas

**Data da perícia:** 23/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** \*MANTIDO ENQUADRAMENTO 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





### Генетичният ефект на месото

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

1. OUTORGANTE: Maria Lurle Alvaro Guadalupe, Portador do documento de identidade nº 3.8576-067, expedido por 3.8576 inscrito no CPF sob o nº 7.951.490-04-78, residente na Rua Praça Lucy pagliotto  
Prazer

2. OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 3.9886-38 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 Lider, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Conto 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: Tembauçu, 9 de maio de 2017

Outorgante: Mariângela Moita da Silva

Marla Danielle da Silva - Escrivente  
Selos digital: 0150739.JR004201701.02530  
Consulte a autenticidade em: [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital)





### Генетичният ефект на месото

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

1. **OUTORGANTE:** Maria Lurle Alvaro Guedes, Portador do documento de identidade nº 3.576.067, expedido por 384126 inscrito no CPF sob o nº 7.951.490-0478, residente na Rua Praça Luiz Gonzaga  
Petrópolis
  2. **OUTORGADO:** RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 3.988.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.644-80, 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. Conto 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: Tembauí, 9 de maio de 2017

Outorgante: Marlene Mo-ka Silva

Marla Danielle da Silva - Escrivente  
Selo digital: 0150739.JR004201701\_02550  
Consulte a autenticidade em: [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital)

118



---

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta n°: 11148982

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170318142 ASL-0221258/17

Vitima: MARILENE MARIA DA SILVA

Data Acidente: 30/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11149214

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170318142 ASL-0221258/17**

**Vitima: MARILENE MARIA DA SILVA**

**Data Acidente: 30/01/2017**

**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](http://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](http://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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11556832

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

**Sinistro:** 3170318142 ASL-0221258/17  
**Vítima:** MARILENE MARIA DA SILVA  
**Data Acidente:** 30/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta n°: 11609979

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170318142 ASL-0221258/17

Vitima: MARILENE MARIA DA SILVA

Data Acidente: 30/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11897643

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

Sinistro: 3170318142 ASL-0221258/17  
Vitima: MARILENE MARIA DA SILVA  
Data Acidente: 30/01/2017  
Natureza: 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: MARILENE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 0000055656-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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](http://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

Sinistro: **3170318142 - 2**  
Nome do(a) Examinado(a): **MARILENE MARIA DA SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **PRACA LUIZ PORFIRIO PESSOA n° 76 - CENTRO - TIMBAUBA/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3876067 - SSP**  
Data local do exame: **23/10/2017 GOIANA/PE**

#### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO  
APRESENTAVA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º PODODÁCTILO DIREITO EM 10°, AUMENTO DE VOLUME (1+/4+) EM FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.**

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

**SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM A REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPEDICA, SEM COMPLICAÇÕES.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

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

#### DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 4º PODODÁCTILO DIREITO

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

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

Vítima em tratamento

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*

Exame não permite conclusão

*Vide motivo do impedimento no campo das observações*

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### 4º PODODÁCTILO DIREITO

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

#### MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - GOIANA, 23/10/2017**

**Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE**

  
Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8065 CRM-PE / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 13:06:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060813065635500000061998447>

Número do documento: 20060813065635500000061998447

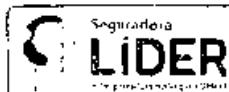
Num. 63151992 - Pág. 17

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 13:06:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060813065635500000061998447>  
Número do documento: 20060813065635500000061998447

Num. 63151992 - Pág. 18



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



| N° DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu, Marilyne Maria da Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 3.876.067 EXPEDIDO POR SSP / PE EM 21/05/1990

CPF 9195129910428 CNP<sup>J</sup> PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (\*) NA QUALIDADE DE SEU (A) CARO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marilyne Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES APASO PREENCHIDAS.

| (\*) A Circular Susep nº 145/2013, 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 na operação de crédito. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte da renda mensal.

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

- Conta salário-exeu benefício - nos documentos apresentados termos tal como: INSS ou PREVIMENTO SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos apresentados termos tal como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, aberta para o investimento financeiro mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 025 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Letréticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em preposta (nestes casos é necessário apresentar a proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancário);
- CEF do beneficiário/vítima inválida ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da REDE CEFERIAL [www.rede.ceferial.gov.br](http://www.rede.ceferial.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima /beneficiário;

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovam os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escaneados à mão, 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 CREDITO EM CONTA CORRENTE TODOS OS BANCOS  
N° do BANCO Caixa N° de AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0839 N° de CONTA (com dígito, se existir) 00.055.656-5

PARA CREDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADIFECO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)  
N° do BANCO Caixa N° de AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0839 N° de CONTA (com dígito, se existir) 00.055.656-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE ACORDO, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E HOUJO CONTO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Curitiba 22 de maio de 2017 Marilyne M. da Silva  
Local: SP A ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

O Seguro DPVAT paga a indenização de R\$13.500,00 (treze mil e cinco cento reais) a ser pago para o beneficiário(a), obedecendo a legislação vigente, ou seja, indenização de até R\$13.500,00 em caso de óbito, ou de R\$ 2.770,00 em caso de invalidez permanente, ou de R\$ 2.770,00 em caso de despesas médica-maiscelares.

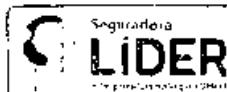
Para mais informações sobre o processo de indenização, pedir de orientação ao seu agente ou ao seu corretor de seguros, ou entrar em contato com o SAC DPVAT 0800-1471244.





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 13:06:56  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006081306563550000061998447>  
Número do documento: 2006081306563550000061998447

Num. 63151992 - Pág. 20



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



| N° DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu, Marilyne Maria da Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 3.876.067 EXPEDIDO POR SSP / PE EM 21/05/1990

CPF 9195129910478 CNP<sup>J</sup> PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE SEU (CARO)A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marilyne Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES APASO PREENCHIDAS.

1. (\*) A Circular Susep nº 145/2013, 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 na operação de crédito. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte da renda mensal.

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

- Conta salário-exeu benefício - nos documentos apresentados termos tal como: INSS ou PREVIMENTO SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos apresentados termos tal como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, aberta para o investimento financeiro mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 025 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Letréticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em preposta (nestes casos é necessário apresentar a proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancário);
- CEF do beneficiário/vítima inválida ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da REDE CEFERIAL [www.rede.ceferial.gov.br](http://www.rede.ceferial.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima /beneficiário;

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovam os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escaneados à mão, 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 CREDITO EM CONTA CORRENTE TODOS OS BANCOS\*

N° do BANCO Lar N° de AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0839 N° de CONTA (com dígito, se existir) 00.055.656-5

PARA CREDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADIFECO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)

N° do BANCO Lar N° de AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0839 N° de CONTA (com dígito, se existir) 00.055.656-5 ✓

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE ACORDO, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E HOUJO CONTO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Curitiba 22 de maio de 2017 Marilyne M. da Silva  
Local: SP A ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

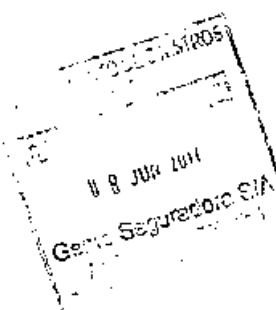


### ATENÇÃO

O Seguro DPVAT paga a indenização de R\$13.500,00 (treze mil e cinco cento reais) a ser pago para legitimar beneficiário, obedecendo a legislação vigente, ou seja, indenização de até R\$13.500,00 em caso de óbito, ou de R\$ 2.700,00 em caso de agressão de menor de 14 anos de idade, ou de R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.

Para mais informações sobre o processo de indenização, pedir de orientação ao seu agente de atendimento ou ligar para o SAC DPVAT 0800-1471214.







## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Mariânia maria da Silva, PORTADOR(A) DO RG nº 3.876.064 EXPEDIDO POR SSP/PE, EM 21/05/1990  
CPF 819.517.491-04-318 (CNPJ) PROFISSÃO RECLUSA  
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA Mariânia maria da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAS DO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suzepe nº 445/2011, que traz a da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse 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 listados não devem, de forma alguma, serem apresentados ao SINISTRO:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário de Férias;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, mensal 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 Lotânea com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em pre-posal (neste momento levoga-se a solicitação de proposta de abertura de conta, como ocorre em lotéricas);
- comprobatório dos dados bancário(s);
- CEF do beneficiário/vítima inválida e/ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), basta anotar o CPF cada vez que no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da curta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima / beneficiários;

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

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE - TODOS OS BANCOS:  
Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 083-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.0.5.5.6.56-5

PARA CREDITO 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) 104 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.0.5.5.6.56-5

DECLARO QUAIS A CONTA ACIMA MENTIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE CRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU CONCIENTE O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Florianópolis, 22 de maio de 2017. x Mariânia M. da Silva  
LOCAÇÃO DA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

O Seguro DPVAT paga de indenizações de R\$13.500,00 em caso de óbito e R\$13.500,00 legítimo beneficiário(s), obedecendo a legislação vigente e regulamentos, indenizações de até R\$13.500,00 em caso de lesão permanente, este valor é dividido a proporcionalidade das sequelas e de acordo com a natureza da lesão, e de seguro previsto na lei, a R\$13.500,00 em caso de despesas medicina-hospitalares.





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Mariânia maria da Silva, PORTADOR(A) DO RG nº 3.876.064 EXPEDIDO POR SSP/PE, EM 21/05/1990  
CPF 819.517.491-04-318 PROFISSÃO RECLUSA  
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA Mariânia maria da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAS DO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suzepe nº 445/2011, que traz a da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse 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 listados não devem, de forma alguma, serem apresentados ao banco para a abertura de SINISTRO:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário de Férias;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, menção para a liberte de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotânea com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em pre-posal (neste momento levoga-se a solicitação de proposta de abertura de conta, como ocorre em lotéricas);
- comprobatório dos dados bancário ();
- CEF do beneficiário/vítima inválida e/ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), basta anotar o CPF cada vez que no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da curta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima / beneficiários;

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

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE - TODOS OS BANCOS:  
Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 083-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.0.5.5.6.56-5

PARA CREDITO 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) 104 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.0.5.5.6.56-5

DECLARO QUAIS A CONTA ACIMA MENTIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE CRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU CONCIENTE O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Florianópolis, 22 de maio de 2017. x Mariânia M. da Silva  
LOCAÇÃO DA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

O Seguro DPVAT paga de indenizações de R\$13.500,00 em caso de óbito e R\$13.500,00 legítimo beneficiário(s), obedecendo a legislação vigente e regulamentos, indenizações de até R\$13.500,00 em caso de lesão permanente, este valor é dividido a proporcionalidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguros prevista na lei nº 9.053 de 1995 e art. 1º, § 1º, II, III, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1629,

365932



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 46ª CIRCUNSCRICAO - TIMBAUBA -  
046ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

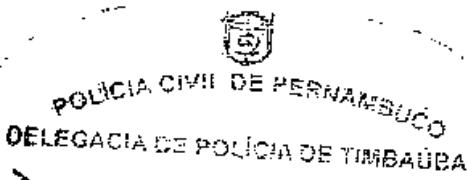
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 17 E 0136000714

Ocorrência registrada neste unidade policial no dia 15/04/2017 às  
14:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumidor) que aconteceu no dia 30/1/2017 no período da Tarde

Endereço: Rua 01, Centro, MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 4 - Bairro: CENTRO -  
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local: DA FONTE: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DANIELLE MARIA DA SILVA (AUTOMOVIMENTO /  
CICLISTA MARIA DA SILVA (OUTRO) /  
MARILENE MARIA DA SILVA (VÍTIMA))



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Uso da circulação da ocorrência) , que estava em posse de(s) Sra(s).  
MARILENE MARIA DA SILVA

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

DANIELLE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sra. Feminino, Sra. MARIA  
VIGENCIA DA SILVA - ANTONIO PEDRO DA SILVA (data da lesão: 09/05/1978  
Endereço: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL  
- Rua: 01, Centro, Praça LUIZ FORTINHO PESSOA, 1 - CEP: 5 - bairro: CORDEIRO -  
TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL

DANIELLE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sra. Feminino, Sra. MARIA  
VIGENCIA DA SILVA - ANTONIO PEDRO DA SILVA (data da lesão: 09/05/1978  
Endereço: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade da Sra. Sra. DANIELLE MARIA DA SILVA.  
que estava em posse da Sra. MARILENE MARIA DA SILVA



**MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITANIO 4V 15000 KM VERMELHA - 2010 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento: Observação

**SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRANSITANDO PELAS RUAS DO BAIRRO DE TIRADUBINHA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA RUA PERDEU O CONTROLE DA MOTOQUEIETA E CAIU AO SOLO. NÃO SABE DIZER EXATAMENTE O QUE A FEZ PERDER O CONTROLE, ALEMAS CAIU, FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UMA LOCAL, ONDE RECEBEU OS ATENELIMENTOS NECESSARIOS E FOI CONSTATADA UMA FERATURA NO PÉ DIREITO.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nessa unidade policial

*Marilene M. da Silva*  
MARILENE MARIA DA SILVA  
(MULHER)

6. O registrante PERTENCE A MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR. MARINGÁ - PR.

DELEGACIA DE POLICIA DE PERNAMBUCO  
POLICIAIS FEDERAIS - Município de Olinda  
DELEGACIA DE POLICIA DE PERNAMBUCO  
46º CIRCUÍSTICAO

B. *Scutellaria*



Digitized by srujanika@gmail.com

365932



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUINTA - TIMBAUSA -  
DP46°CIRC DINTER1011DESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N.º 1750136000714

Ocorrência registrada neste unidade policial no dia 15/04/2017 às 14:39

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumidor) que aconteceu no dia 30/1/2017 no período da Tarde

Flávio José da Cunha - MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 4 - Bairro: CENTRO -  
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Localização: Rua Pública

• essa(s) envolvida(s) na ocorrência.

Objeto(s) apreendido(s) na escavação:

“TENHO O (Custo da operação da economia), que cobra em pesos (s) R\$ 1.000,00 (MIL) REAIS DA SERRA

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

DANIELLE MARIA D' ASILVA (não presente no plantão, - 3..  
ENTREGUE A MÁSCARA - NÃO INFORMADA - CERTAMENDE, TRASLADO

CONHECIDO (pode presentar no plantão) - sen. Desconhecido - Cachorro, RAG  
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

### Enriched $\text{H}_2/\text{Ar}$ objects (a) + peroxide (b)



### Complemento: Observação

SEGUNDO A VITIMADA, VINHA TRANSITANDO PELAS RUAS DO BAIRRO DE  
TIRADUBINHA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA RUA PERDEU O CONTROLE DA  
MOTOCICLETA E CAIU AO CHÃO. NÃO SABE DIZER EXATAMENTE ODE A FEZ PERDER  
O CONTROLE, ALÉM DA CAÍDA. FOI SOORGHIDA POR POPULARES PARA A UMA LOCAL,  
ONDE RECEBEU OS ATENHIMENTOS NECESSARIOS E FOI CONSTATADA UMA  
FRATURA NO PÉ DIREITO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nessa unidade de policial

*Marlene M. da Silva*  
**MARILENE MARIA DA SILVA**  
**(MULHER)**

B. *Scutellaria*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marilene Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 3.896.067 e inscrito no CPF/MF sob o nº 995.149.104-38, residente e domiciliado na Rua Juiz Porfírio Pessoa, nº 36, Cidade Sinop, Estado Mato Grosso, 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 Lider 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.

Marilene M. da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Sinop, 22 de maio de 2013

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marilene Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 3.896.067 e inscrito no CPF/MF sob o nº 995.149.104-38, residente e domiciliado na Rua Juiz Porfírio Pessoa, nº 36, Cidade Sinop, Estado Mato Grosso, 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 Lider 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.

Marilene M. da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Sinop, 22 de maio de 2013

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 E MAT D PRIMITIVA

Data: 11/11/2011

Horas:

**01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO**

Atendimento nº

Nº Prontuário

Nome do Usuário:

Cartão SUS:

Mãe:

Logradouro:

Bairro/Localidade:

Clinica:

Motivo da procura:

Assinatura do Paciente:

Data Nascimento: Idade:

24/11/40

Sexo: F

Nº Grp Familiar

Ocupação:

Complemento:

U.F.: PE Telefone:

Hora:

Data:

Rubrica Servidor:

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

Acolhimento com classificação de risco:

Assinatura:

Classificação:

**03 - ANAMNESE:**

*frat de 42 pds*

**04 - EXAME FÍSICO:** Temperatura: F.C.: PA: FR: Glasgow:

**05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) EOG ( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: ( ) Medicção ( ) Observação ( ) Laudo para AIH

Saída: Data/Hora \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência ( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital

Médico: (Cetimbo e Assinatura)

*Jabués Alvaro Carvalhano  
Ortopedia e Traumatologia  
CAM-PE 7625  
CRM-PE 3152*





**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 E MAT D PRIMITIVA

Data: 11/11/2011

Horas:

**01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO**

Atendimento nº

Nº Prontuário

Nome do Usuário:

Cartão SUS:

Mãe:

Logradouro:

Bairro/Localidade:

Clinica:

Motivo da procura:

Assinatura do Paciente:

Data Nascimento: Idade:

24/11/10

Sexo: F

Nº Grp Familiar

Ocupação:

Complemento:

U.F.: PE Telefone:

Hora:

Município:

Data:

Rubrica Servidor:

PELÉ LUIZ PORFIRIO TIMBAUBA  
ACIDA DE MOTO 30/01/17

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

Acolhimento com classificação de risco:

Assinatura:

Classificação:

**03 - ANAMNESE:**

frat de 42 pds

**04 - EXAME FÍSICO:** Temperatura: F.C.: PA: FR: Glasgow:

**05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) EOG ( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: ( ) Medicção ( ) Observação ( ) Laudo para AIH

Saída: Data/Hora / / às h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência ( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital

Médico: (Cetimbo e Assinatura)

Jabués Alvaro Carvalhano  
Ortopedia e Traumatologia  
CAM-PE 7625  
CRM-PE 3152

# 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: 26/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: MARILENE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000055656-5

---

Nr. da Autenticação A9316B6FAC355B51



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 13:06:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060813065635500000061998447>  
Número do documento: 20060813065635500000061998447

Num. 63151992 - Pág. 33

# 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: 26/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: MARILENE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000055656-5

---

Nr. da Autenticação A9316B6FAC355B51



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/06/2020 13:06:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060813065635500000061998447>  
Número do documento: 20060813065635500000061998447

Num. 63151992 - Pág. 34



Documento de Identificação

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marilene Maria da Silva

RG nº 3.836.063, data de expedição 21/05/1990 orgão SSP / P.E.

CPF nº 995.149.204-38, venho perante o este instrumento declarar que não possuo 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Pr Luiz Porfirio Pessoa</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.830-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9593-5413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firme-me.

Lugar e Data:

Timbaúba, 27 de maio de 2019

Assinatura do Declarante: Marilene M. da Silva

*V. A. J. da Silva*







Documento de Identificação

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marilene Maria da Silva

RG nº 3.836.063, data de expedição 21/05/1990 orgão SSP / PEC

CPF nº 995.149.204-38, venho perante o este instrumento declarar que não possuo 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Luiz Porfirio Pessoa</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.830-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9593-5413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firme-me.

Lugar e Data:

Timbaúba, 27 de maio de 2019

Assinatura do Declarante: Marilene M. da Silva

*V. A. J. da Silva*





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.425, de 20/06/02  
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. Afonso Celso, 111, Boa Vista, Recife - PE 50001-000 - CEP 50020-002

CNPJ 10.631.932/0001-30 Fone: 081 3211-1111, fax: 081 3211-1112 - Site: www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ITAGILDO FELICIANO DE ARAUJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULTADA  
PC LUIZ PORFIRIO PESSOA 76

CPF: 135 779.304-97

CENTRO/MEADUBA  
TIMBALUBA PE  
55870-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monocasa

DATA CONTRATO: 0251199019 - 04/2017

DATA DE NOTA FISCAL: 00048483 | MÊS: MARÇO | DATA: 05/04/2017

ARRENDATÁRIO: ITAGILDO FELICIANO DE ARAUJO | DATA ARRENDACAO: 05/04/2017 | FOLHA FIMAR: 000

19,33

DETALHAMENTO DA FATURA  
Consumo Álcool (M3)  
Acetileno Butano AMARELA  
Acetileno Butano VERMELHA  
Combustão Luminosa do Pólvora  
ACMS Subvenção CDE-AP 000587818-080/17  
Aquecimento-AP 000007830 - 05/08/18  
Aquecimento-AP 000007830 - 05/08/18  
PVA-CRANCA-00012414-0200-0000-031-6000

TOTAL DA FATURA

19,33

DETALHAMENTO DE CONSUMO DE SÉRIA NOTA FISCAL

MÊS	PERÍODO	TIPO DA FIMADA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	MÉTRICA	DATA	LEITURA	MÉTRICA	IPSC	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M3)
ABR17	30		00000001				05/04/2017	10-15000	20	00000000		0,00	

DETALHAMENTO DE CONSUMO		DETALHAMENTO DE CONSUMO		DETALHAMENTO DE CONSUMO	
ABR17	30				
MAR17	31				
FEV17	30				
ABR17	31				
DEZ16	31				
ABR16	30				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	30				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				
SET16	30				
AGO16	31				
ABR16	30				
ABR16	31				
MAR16	31				
FEV16	30				
ABR16	31				
OUT16	30				



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti,

RG nº 4988638, data de expedição 10/02/2014, Órgão SADS/PE,

CPF nº 086.005.684-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Camiliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>53840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-8413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, firme-me:-

Local e Data: Buenos Aires

Assinatura do Declarante:

Rafaela Maria de S. Cavalcanti

*08/06/2020*



Zerba Sodré de Energia Elétrica - Endereço: Rua das Flores, 1000, Centro, Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20040-000  
 Companhia Energética do Rio de Janeiro  
 Av. Presidente Vargas, 111, Centro, Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20040-000  
 Fone: (21) 2255-5000 | Fax: (21) 2255-5001 | E-mail: [zerba@zerba.com.br](mailto:zerba@zerba.com.br)

VITÓRIO VASCONCELOS  
 SEDE DA SERRANA D'ÁGUAS

ESTADO: RIO DE JANEIRO - CEP: 26590-000  
 RUA JOSÉ F. MILAN 118

CPF: 016.606.044-34

CONTROLE DE LECTURA  
 CENTRO - BALEIA - SAÍS  
 BUENOS AIRES - PR  
 85885-000

PLANO: 001  
 001 COMERCIAL  
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
 Monetária

DATA CONTRATO: 2659845019 DATA: 04/2017

TIPO DA FOLHA: 001  
 001 UNICA DATA DE LEITURA: 24/04/2017  
 PRESENTAÇÃO: 001  
 001 CLIENTE: 2011023204  
 DATA DE INSTALAÇÃO: 17/7/90

DATA DE LEITURA: 02/05/2017 DATA DE PAGAMENTO: 23/05/2017

TOTAL A PAGAR: 19,23

DETALHAMENTO DA FOLHA:  
 Cotação: 0,12  
 Amediano: 0,20  
 Acreímenos: 0,51  
 Credito de Irmãos: 1,48  
 ICMS: 0,14  
 Multa: 0,27

QUANTIDADE: 30,000000  
 PREÇO R\$: 0,63799812  
 VALOR R\$: 19,23

TOTAL DA FATURA:

AP. DO	TIPO DA	DATA DE	LEITURA	DATA	LEITURA	PRE	COND. MÊS	VALOR
0001000	001	21/04/2017	2,0000	24/04/2017	2,0000	0,63	0,00	19,23

NAME: DATA:	DATA DE	VALOR DO	VALOR DO
AP011 30	00100	10,24	25,00
AP012 30	00101	11,25	0,41
AP013 30	00102	11,24	1,39
AP014 30	00103		
AP015 30	00104		
AP016 30	00105		
AP017 30	00106		
AP018 30	00107		
AP019 30	00108		
AP020 30	00109		
AP021 30	00110		
AP022 30	00111		
AP023 30	00112		
AP024 30	00113		
AP025 30	00114		
AP026 30	00115		
AP027 30	00116		
AP028 30	00117		
AP029 30	00118		
AP030 30	00119		
AP031 30	00120		
AP032 30	00121		
AP033 30	00122		
AP034 30	00123		
AP035 30	00124		
AP036 30	00125		
AP037 30	00126		
AP038 30	00127		
AP039 30	00128		
AP040 30	00129		
AP041 30	00130		
AP042 30	00131		
AP043 30	00132		
AP044 30	00133		
AP045 30	00134		
AP046 30	00135		
AP047 30	00136		
AP048 30	00137		
AP049 30	00138		
AP050 30	00139		
AP051 30	00140		
AP052 30	00141		
AP053 30	00142		
AP054 30	00143		
AP055 30	00144		
AP056 30	00145		
AP057 30	00146		
AP058 30	00147		
AP059 30	00148		
AP060 30	00149		
AP061 30	00150		
AP062 30	00151		
AP063 30	00152		
AP064 30	00153		
AP065 30	00154		
AP066 30	00155		
AP067 30	00156		
AP068 30	00157		
AP069 30	00158		
AP070 30	00159		
AP071 30	00160		
AP072 30	00161		
AP073 30	00162		
AP074 30	00163		
AP075 30	00164		
AP076 30	00165		
AP077 30	00166		
AP078 30	00167		
AP079 30	00168		
AP080 30	00169		
AP081 30	00170		
AP082 30	00171		
AP083 30	00172		
AP084 30	00173		
AP085 30	00174		
AP086 30	00175		
AP087 30	00176		
AP088 30	00177		
AP089 30	00178		
AP090 30	00179		
AP091 30	00180		
AP092 30	00181		
AP093 30	00182		
AP094 30	00183		
AP095 30	00184		
AP096 30	00185		
AP097 30	00186		
AP098 30	00187		
AP099 30	00188		
AP100 30	00189		
AP101 30	00190		
AP102 30	00191		
AP103 30	00192		
AP104 30	00193		
AP105 30	00194		
AP106 30	00195		
AP107 30	00196		
AP108 30	00197		
AP109 30	00198		
AP110 30	00199		
AP111 30	00200		
AP112 30	00201		
AP113 30	00202		
AP114 30	00203		
AP115 30	00204		
AP116 30	00205		
AP117 30	00206		
AP118 30	00207		
AP119 30	00208		
AP120 30	00209		
AP121 30	00210		
AP122 30	00211		
AP123 30	00212		
AP124 30	00213		
AP125 30	00214		
AP126 30	00215		
AP127 30	00216		
AP128 30	00217		
AP129 30	00218		
AP130 30	00219		
AP131 30	00220		
AP132 30	00221		
AP133 30	00222		
AP134 30	00223		
AP135 30	00224		
AP136 30	00225		
AP137 30	00226		
AP138 30	00227		
AP139 30	00228		
AP140 30	00229		
AP141 30	00230		
AP142 30	00231		
AP143 30	00232		
AP144 30	00233		
AP145 30	00234		
AP146 30	00235		
AP147 30	00236		
AP148 30	00237		
AP149 30	00238		
AP150 30	00239		
AP151 30	00240		
AP152 30	00241		
AP153 30	00242		
AP154 30	00243		
AP155 30	00244		
AP156 30	00245		
AP157 30	00246		
AP158 30	00247		
AP159 30	00248		
AP160 30	00249		
AP161 30	00250		
AP162 30	00251		
AP163 30	00252		
AP164 30	00253		
AP165 30	00254		
AP166 30	00255		
AP167 30	00256		
AP168 30	00257		
AP169 30	00258		
AP170 30	00259		
AP171 30	00260		
AP172 30	00261		
AP173 30	00262		
AP174 30	00263		
AP175 30	00264		
AP176 30	00265		
AP177 30	00266		
AP178 30	00267		
AP179 30	00268		
AP180 30	00269		
AP181 30	00270		
AP182 30	00271		
AP183 30	00272		
AP184 30	00273		
AP185 30	00274		
AP186 30	00275		
AP187 30	00276		
AP188 30	00277		
AP189 30	00278		
AP190 30	00279		
AP191 30	00280		
AP192 30	00281		
AP193 30	00282		
AP194 30	00283		
AP195 30	00284		
AP196 30	00285		
AP197 30	00286		
AP198 30	00287		
AP199 30	00288		
AP200 30	00289		
AP201 30	00290		
AP202 30	00291		
AP203 30	00292		
AP204 30	00293		
AP205 30	00294		
AP206 30	00295		
AP207 30	00296		
AP208 30	00297		
AP209 30	00298		
AP210 30	00299		
AP211 30	00300		
AP212 30	00301		
AP213 30	00302		
AP214 30	00303		
AP215 30	00304		
AP216 30	00305		
AP217 30	00306		
AP218 30	00307		
AP219 30	00308		
AP220 30	00309		
AP221 30	00310		
AP222 30	00311		
AP223 30	00312		
AP224 30	00313		
AP225 30	00314		
AP226 30	00315		
AP227 30	00316		
AP228 30	00317		
AP229 30	00318		
AP230 30	00319		
AP231 30	00320		
AP232 30	00321		
AP233 30	00322		
AP234 30	00323		
AP235 30	00324		
AP236 30	00325		
AP237 30	00326		
AP238 30	00327		
AP239 30	00328		
AP240 30	00329		
AP241 30	00330		
AP242 30	00331		
AP243 30	00332		
AP244 30	00333		
AP245 30	00334		
AP246 30	00335		
AP247 30	00336		
AP248 30	00337		
AP249 30	00338		
AP250 30	00339		
AP251 30	00340		
AP252 30	00341		
AP253 30	00342		
AP254 30	00343		
AP255 30	00344		
AP256 30	00345		
AP257 30	00346		
AP258 30	00347		
AP259 30	00348		
AP260 30	00349		
AP261 30	00350		
AP262 30	00351		
AP263 30	00352		
AP264 30	00353		
AP265 30	00354		
AP266 30	00355		
AP267 30	00356		
AP268 30	00357		
AP269 30	00358		
AP270 30	00359		
AP271 30	00360		
AP272 30	00361		
AP273 30	00362		
AP274 30	00363		
AP275 30	00364		
AP276 30	00365		
AP277 30	00366		
AP278 30	00367		
AP279 30	00368		
AP280 30	00369		
AP281 30	00370		
AP282 30	00371		
AP283 30	00372		
AP284 30	00373		
AP285 30	00374		
AP286 30	00375		
AP287 30	00376		
AP288 30	00377		
AP289 30	00378		
AP290 30	00379		



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti,

RG nº 4988638, data de expedição 10/02/2014, Órgão SADS/PE,

CPF nº 086.005.684-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Camiliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>53840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-8413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, firme-me:-

Local e Data: Buenos Aires

Assinatura do Declarante:

Rafaela Maria de S. Cavalcanti

*08/06/2020*









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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 97788638, expedido por SOS IPE, em 10/10/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marilene Marilia da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Permanente da vítima Marilene Marilia da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Reais

Documentos comprobatórios: Recurso

Rafaela Maria de S. Cavalcanti  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

08 JUN 2011

GER. SEE REGISTRA S/





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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 97788638, expedido por SOS IPE, em 10/10/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marilene Marilia da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Permanente da vítima Marilene Marilia da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Reais

Documentos comprobatórios: Recurso

Rafaela Maria de S. Cavalcanti  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

08 JUN 2011

GER. SEE REGISTRA S/





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DARIELLE MARIA DA SILVA,

RG. nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Veículo: ~~PERGOLADA~~  
Modelo: ~~U-1004 CR 150 TITAN MIS ES~~

Modelo: Parrot 20130411001, pág. 65

Atto. 2010  
Piacenza

Placa: PEW-2783

Chassi: SC1K61WAK 05401

Data do Acidente: 30-01-2014

Local e Data: Florianópolis, 03/05/2011

Daniell patricia cda. B. I. D.

**Assinatura do Declarante**

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

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba  
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROVIMENTOS  
Av. José Joaquim da Cunha, 200 - Centro - CEP: 56310-000 - Fone: (81) 3149-1000  
RECONHECO por AUTENTICIDADE a firma de DANIELLE MARIA DA SILVA.  
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:44:13, o referido é verdade. Dou fé,  
Encargos: R\$ 3,49 ISEN: R\$ 0,78 Total: 4,66 - R025315-4

Marta Danielle da Silva - Escrivente  
Selo digital: 0150730.JPP04201701.002010  
Consulta a autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/seletornotarial](http://www.tjpe.jus.br/seletornotarial)





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Danielle Maria da Silva,

RG. nº \_\_\_\_\_, data de expedição / /,

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, com  
domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Luiz Gonzaga Pessoa, nº 561,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Danielle Maria da Silva, cujo o condutor era  
\_\_\_\_\_.

Veículo: MOROCILERA

Modelo: Honda CG 150 TITAN Mix ES

Ano: 2010

Placa: PEW-2788

Chassi: 3C1KCG1620A2 054007

Data do Acidente: 30-01-2017

Local e Data: Timbaúba/PE, 09/05/2017

Danielle Maria da Silva.

Assinatura do Declarante

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

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba - ANTONIO ALVARES BRUNHINHO NETO - NCRN  
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS - MARCOS JOSÉ RODRIGUES ALVES DE LIMA - Subscritor  
Av. Presidente Kennedy, 100 - Centro - CEP: 56300-000 - Fone: (81) 3214-1467 - Celular: (81) 98888-1000 - E-mail: [marcosjosealves@gmail.com](mailto:marcosjosealves@gmail.com)

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de Danielle Maria da Silva,  
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:44:13,06 referido é verdade. Dou fé,  
Enunciados: R\$ 3,49 TMR: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,26 - RC25315-4

Marta Danielle da Silva - Escrivente  
Selo digital: 0150730.JPP04201701.002010  
Consulta a autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

09/05/2017  
S-1000-231



Declarando do Proprietário do Veículo

Eu, Danielle Maria da Silva,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, com

domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de

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

Praca 1412 Ponteiro Pessoa, nº 362.

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

Danielle Maria da Silva, cujo o condutor era

Danielle Maria da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda CG 150 TITAN mix ES

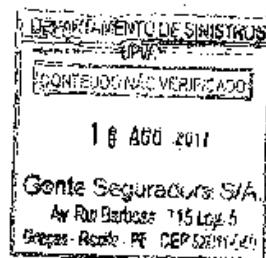
Ano: 2010

Placa: PEW-2383

Chassi: 3C1KCC1620A1054007

Data do Acidente: 30-01-2017

Local e Data: Timbaúba/PE, 09/05/2017



Danielle Maria da Silva.

Assinatura do Declarante

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



Declarando do Proprietário do Veículo

Eu, DANIELLE MARIA DA SILVA,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, com

domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de

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

Praca 1412 Ponteiro Pessoa, nº 362.

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

DANIELLE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era

DANIELLE MARIA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda CG 150 TITAN mix ES

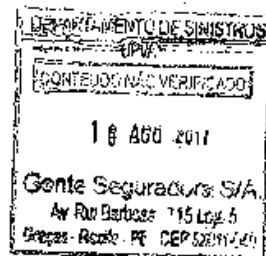
Ano: 2010

Placa: PEW-2383

Chassi: 3C1KCC1620A10054007

Data do Acidente: 30-01-2017

Local e Data: Timbaúba/PE, 09/05/2017

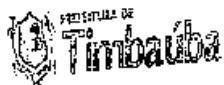


Danielle maria da Silva.

Assinatura do Declarante

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





HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOÃO COUTINHO

Hospital do  
desenvolvimento

RECEITUÁRIO

P/ Minha Namorada  
Graça  
Vando Médico

Paciente vítima fratura no 10 deus  
resultando a fratura de A = PDD

Foi colocado Mobilização e a paciente  
encontrar-se em acompanhamento

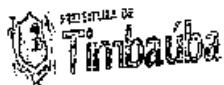
CIN: 542

08/07/17



BR 408 KM 29 - LOTEAMENTO ARARUNA  
CEP.: 55870-000 - TIMBAÚBA - PE





HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOÃO COUTINHO

Hospital do  
desenvolvimento

RECEITUÁRIO

P/ Minha Namorada  
Graça  
Vando Médico

Paciente vítima fratura no 10 deus  
resultando a fratura de A = PDD

Foi colocado Mobilização e a paciente  
encontrar-se em acompanhamento

CIN: 542

08/07/17



BR 408 KM 29 - LOTEAMENTO ARARUNA  
CEP.: 55870-000 - TIMBAÚBA - PE



