



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	
MARILENE MARIA DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63151991	08/06/2020 13:06	2725112_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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**.

Cumprido 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 descaracteriza 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



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/2015¹, 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/2015².

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, CPC³.

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

¹[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.

²[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;

³"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, prossigue 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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo 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 ressaltar 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 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 parciais⁴.

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 STJ⁵.

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; e

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)**.

⁴ 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 HOUE 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.

⁵ **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 pátrios⁶, 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 citação⁷.

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 ação⁸.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO 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).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ 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 a 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 exposto 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. RAFAELLA 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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 esfinteriano; (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 n.º 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





08/06/2020

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**

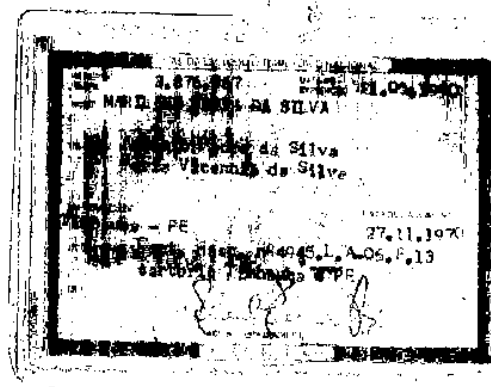
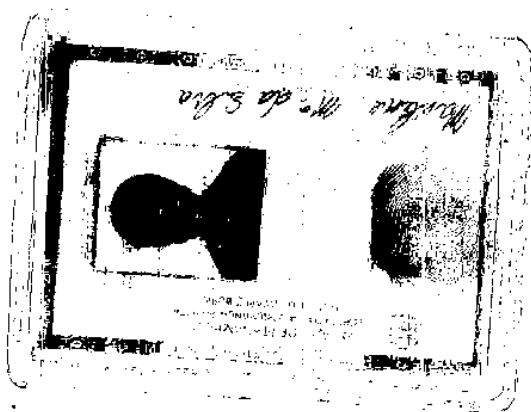
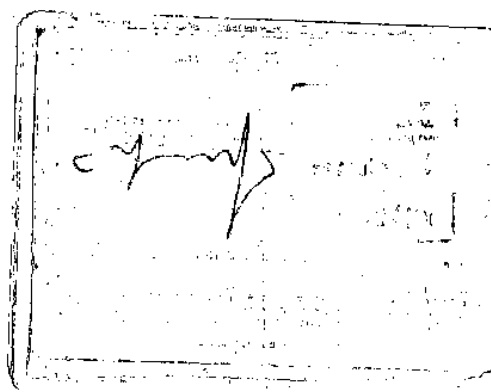
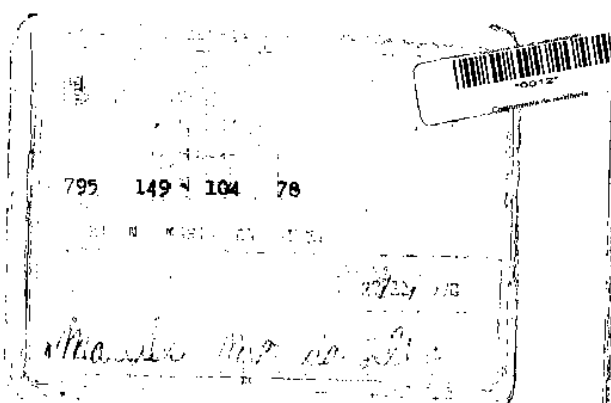
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

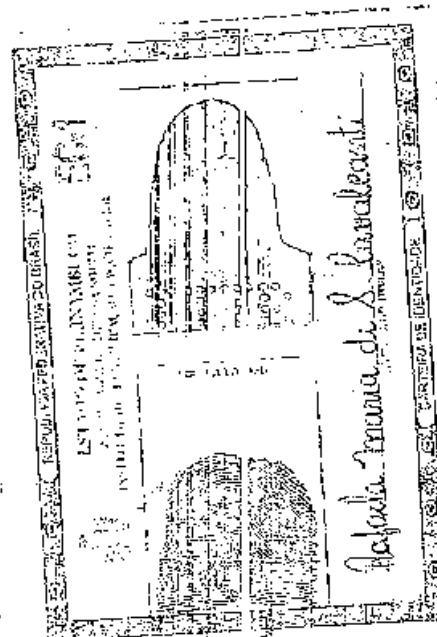
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
MARILENE MARIA DA SILVA (AUTOR)			GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63151992	08/06/2020 13:06	ANEXO 1	Outros (Documento)





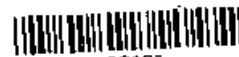
Conteúdo: Imagem de RAC



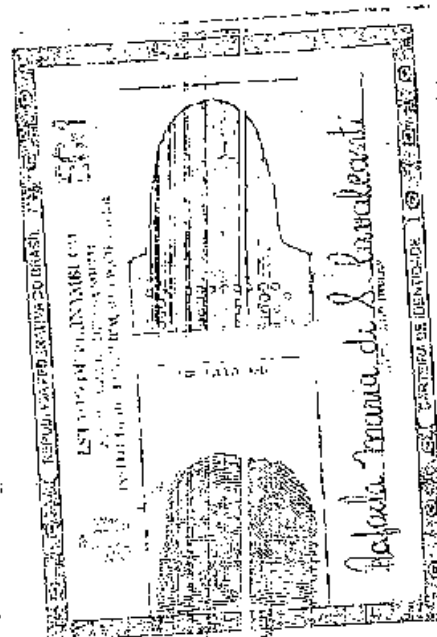
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CPF: 7.788.638	DATA: 10/02/2014
<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>	
<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>	
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>	
VALIDEZ: 7506	DATA DE VENCIMENTO: 24/12/1986
CÓDIGO: << 0760340155 2013 2 00015 037 >>	
0004944 10 VICÊNCIA PE >>	
CPF: 086.005.584-80	

10 JUN 2014





Conteúdo: Imagem de RAC



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CPF: 7.788.638	DATA: 10/02/2014
<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>	
<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>	
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>	
VALIDEZ: 7506	DATA DE VENCIMENTO: 24/12/1986
CÓDIGO: << 0760340155 2013 2 00015 037 >>	
0004944 10 VICÊNCIA PE >>	
CPF: 086.005.584-80	

10 JUN 2014





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data: 17/02/2017

Pág.: 01



Relatório de Veículo

PLACA: PEW2738 UF: PE RENAVAM: 255792024 CHASSI: 9C2KC167DAR054007

Características Básicas:

TPG: MOTOCICLETA MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIXES
ESPÉCIE: BAS COR: VERMELHA
ANO/FAB/MODELO: 2010/2010 COMBUSTÍVEL: ALCOGASOL

Dados do Proprietário:

CPF/CGC:
PROPRIETÁRIO: DANIELLE MARIA DA SILVA

Endereço do Proprietário:

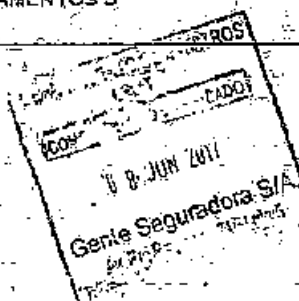
LOGRADOURO: PRAÇA LUIZ PORFÍRIO PESSOA MUNICÍPIO: IMABUA
COMPLEMENTO: CASA CEP: 55570000
BARRIO: CENTRO UF: PE

Debitos:

IPVA: SIM VALOR: 1.055,58
LICENCIAMENTO: SIM VALOR: 355,50
MULTAS: NÃO

Restrições Gerais:

RESTRIÇÃO: AL FID. BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data: 17/02/2017

Pág.: 1

Relatório de Veículo



PLACA: PEW2738 UF: PE RENAVAM: 255792024 CHASSI: 9C2KC167DAR054007

Características Básicas:

TPG: MOTOCICLETA MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIXES
ESPÉCIE: BAS COR: VERMELHA
ANO/FAB/MODELO: 2010/2010 COMBUSTÍVEL: ALCOGASOL

Dados do Proprietário:

CPF/CGC:
PROPRIETÁRIO: DANIELLE MARIA DA SILVA

Endereço do Proprietário:

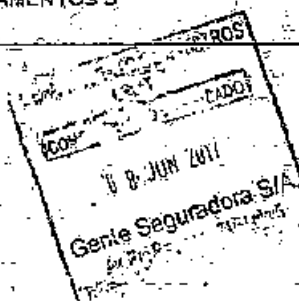
LOGRADOURO: PRAÇA LUIZ PORFÍRIO PESSOA MUNICÍPIO: IMABUA
COMPLEMENTO: CASA CEP: 55570000
BARRIO: CENTRO UF: PE

Debitos:

IPVA: SIM VALOR: 1.055,58
LICENCIAMENTO: SIM VALOR: 355,50
MULTAS: NÃO

Restrições Gerais:

RESTRIÇÃO: AL FID. BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S



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

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

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

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

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 10º, 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 PODODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

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
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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:

Dores Mendes



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 10º, 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 PODODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

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
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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:

Dores Mendes





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

1. OUTORGANTE: Maria Lene Antonio da Silva, Portador do documento de identidade nº 8.876.067, expedido por 385/20 inscrito no CPF sob o nº 7.95.149.647.8, residente na Rua Praça Lins de Enfance, Recife.
2. OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 9788638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-00, 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. Com também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO;

Local e Data: Timbaúba, 9 de maio de 2017.

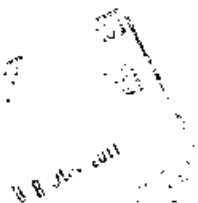
Outorgante:

Maria Lene Antonio da Silva



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARILENE MARIA DA SILVA, Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:43:00, o referido é verdade. Dou fé, Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: 4,27 - RC25314-4

Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730-JF004201701.02530
Consulta a autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

1. OUTORGANTE: Maria Lene Antonio da Silva, Portador do documento de identidade nº 8.876.067, expedido por 385/20 inscrito no CPF sob o nº 7.95.149.647.8, residente na Rua Praça Lins de Enfance, Recife.
2. OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 9788638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-00, 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. Com também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO;

Local e Data: Timbaúba, 9 de maio de 2017.

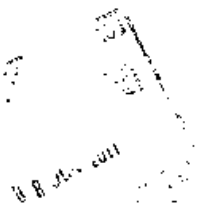
Outorgante:

Mariene Maria da Silva



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARILENE MARIA DA SILVA,
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:43:00. O referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: 4,27 - RC25314-4

Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730-JF004201701.02530
Consulta a autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11148982

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

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

Vítima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01249/01250 - carta_03



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, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01731/01732 - carta_01



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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00823/00824 - carta_02



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11609979

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

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

Vítima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pág. 01015/01016 - carta_03



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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01905/01906 - carta_15R



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 nº 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 10º, 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 complicação.

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.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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 anatómicas 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
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



Assinatura do perito Examinador - CRM



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=20060813065635500000061998447>
Número do documento: 20060813065635500000061998447

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, MARILENE MARIA DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.876.067 EXPEDIDO POR SSP / PE EM 21/05/1990
CPF 3.951.184.970-4 / CNPJ 04.988.888-0001 PROFISSÃO PROFESSORA
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE MARIA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suplen nº 445/2013, 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 prestação de serviços. Este cadastro deve conter, entre outros, documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da renda mensal.

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

- Conta salário ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, aberta para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 025 do CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nestes casos deve revogar-se a abertura de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CEF do beneficiário/vítima inválido ou dependente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima / beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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 0001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0001 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0001

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

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0899 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00055656-5 ✓

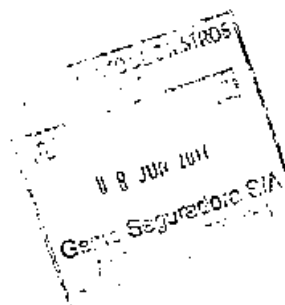
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E NÃO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Terceira 22 de maio de 2017 MARILENE MARIA DA SILVA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT tem valor indenizatório de R\$13.500,00 em caso de morte e R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente, sendo pago até 180 dias após a ocorrência do sinistro, obedecendo a legislação vigente.
- O valor do prêmio mensal varia de R\$ 13,500,00 em caso de morte e R\$ 13,500,00 em caso de invalidez permanente, sendo pago até 180 dias após a ocorrência do sinistro, obedecendo a legislação vigente.
- O valor do prêmio mensal varia de R\$ 13,500,00 em caso de morte e R\$ 13,500,00 em caso de invalidez permanente, sendo pago até 180 dias após a ocorrência do sinistro, obedecendo a legislação vigente.
- O valor do prêmio mensal varia de R\$ 13,500,00 em caso de morte e R\$ 13,500,00 em caso de invalidez permanente, sendo pago até 180 dias após a ocorrência do sinistro, obedecendo a legislação vigente.





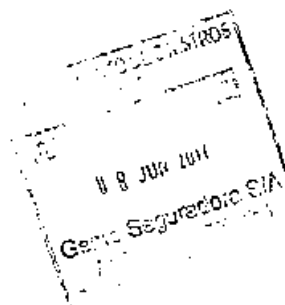


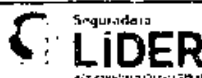
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

RENTA MENSAL DE R\$ _____ (**) NA QUALIDADE DE SEGURO-ARCAJO DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO PRIVAT DA VITIMA Maurice Maria da Silva AUTORITO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO PRIVAT EFETUAR O CREDITO DE ACQ. DO COMAS INFORMACOES PARA O PRESTADAS.

Num. 63151992 - Pág. 21







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



0014

Data

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, MARILENE MARIA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.876.063

EXPEDIDO POR

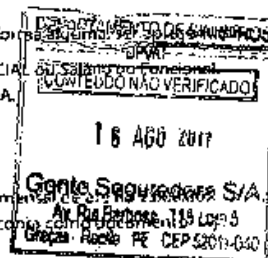
SSP/LPEEM 21/05/1990CPF 8.951.149-7-04-8 CNPPROFISSÃO RECLUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA MARILENE MARIA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CREDITO DE ACD. DO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suplen. nº 445/2011, 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.

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDENCIA SOCIAL;
- 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 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em processo (neste momento revoga-se a proposta de abertura de conta com o devedor);
- CFF do beneficiário/vítima inválido e dependente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima / beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanned 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0839 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.05.56.56-5

104

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

Terceira 22 de maio de 2017
LOCAL E DATA

MARILENE MARIA DA SILVA
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT possui indenização de R\$ 33.500,00 em caso de morte e R\$ 10.000,00 em caso de invalidez permanente, obedecendo a legislação vigente. No caso de despesas médicas, indenização de até R\$ 33.500,00 em caso de morte e R\$ 10.000,00 em caso de invalidez permanente, obedecendo a legislação vigente. A indenização de despesas médicas e hospitalares é de R\$ 33.500,00 em caso de morte e R\$ 10.000,00 em caso de invalidez permanente, obedecendo a legislação vigente.

Para a obtenção do processo de indenização, o beneficiário deve apresentar o documento de identificação pessoal e o documento de identificação da seguradora para o SAC DPVAT (0800-011111).





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



0014

Data

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, MARILENE MARIA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.876.063

EXPEDIDO POR

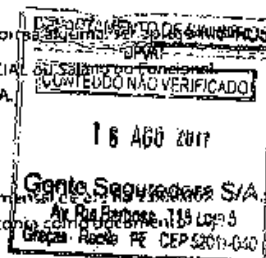
SSP/LPEEM 21/05/1990CPF 8.951.149-7-04-8 CNPPROFISSÃO RECLUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA MARILENE MARIA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suplen. nº 445/2011, 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.

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDENCIA SOCIAL;
- 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 titular de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da FEB (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em processo (neste momento revoga-se a proposta de abertura de conta com fundamento no comprovatório dos dados bancários);
- CEF do beneficiário/vítima inválido e dependente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima /beneficiários;



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanned 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0839 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.05.56.56-5104

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

Terceira 22 de maio de 2017
LOCAL E DATA

MARILENE MARIA DA SILVA
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT possui indenização de R\$ 33.500,00 em caso de morte ou invalidez permanente, obedecendo a legislação vigente. No caso de acidentes, indenização de até R\$ 33.500,00 em caso de morte ou invalidez permanente, que não ultrapasse a quantidade das despesas de saúde previstas na Lei nº 9.637/98 e Lei nº 13.270/16 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise e pedido de indenização, acesse o site www.sacdpvat.org.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-071114.



365932



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0136000714

Comêncio registrada nesta unidade policial no dia 15/04/2017 às
14:39

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

Trabalho realizado em parceria com o MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, PE - Sul do CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRAZIL
Linha de Crédito: VIA PÚBLICA

^a = caso(s) em que a(s) não ocorreu.

1. PRIMEIRA (ANTERIORE)
2. SEGUNDA (MEIO)
3. TERCEIRA (POSTERIORE)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

"FICHA" O (Usado na geração da contabilidade), que indica em posse de(s) Signatário(s) e a data da sua

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

MARILENE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sen. FERNANDO DA SILVA
VICENCIA DA SILVA - ANTONIO PEDRO DA SILVA (data de nascimento: 27/11/1978)
FERNANDO TIMBAUBA - PERNAMBUCO - BRASIL
PRADA LUIZ PORFIRIO PESSOA, I - CEP: 6 - BARRA ONDELLINO -
TIMBAUBA - PERNAMBUCO - BRASIL

DANIELLE MARIA DASILVA (não presente no plantão, - 111)
Família: não informada. NAO INFORMADO: PERNAMBUCO, BRASIL

DESCONHECIDA (nao presente no plantao) - sexo desconhecido - 19/05/2008
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

Quantidade de(s) objeto(s) envolvido(s),

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de Sr. DANIELLE MARIA DASILVA.
de est. e em posse de Sr. MARILENE MARIA DA SILVA



DATA DE REGISTRO: 08/06/2020 13:06:56
MOTOCICLETA HONDA CG 150 1500 cc, cor: VERMELHA - (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PLACA: DEW3785 IDENTIFICACAO DO VEICULO: 165752624 INSC-
100K01620AR064987
ANO DE FABRICACAO: 2010 2010 - MARCA: ALCO GASOL

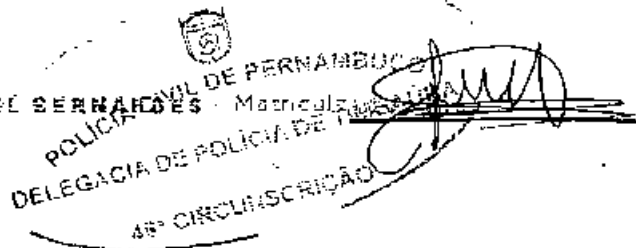
Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRANSITANDO PELAS RUAS DO BAIRRO DE
TINHAUBINHA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA RUA PERDEU O CONTROLE DA
MOTOCICLETA E CAIU AO SOLO. NÃO SABE DIZER EXATAMENTE QUE A FEE PERDER
O CONTROLE, ALENAS CAIU. FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UCA LOCAL,
ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS NECESSARIOS E FOI CONSTATADA UMA
FRATURA NO PE DIREITO.

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

Marilene M. da Silva
MARILENE MARIA DA SILVA
(VITIMA)

E O registrado por: LUIZIA ELZA MACIEL SERRA



8 9 JUN 2020



365932



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0136000714

Comêncio registrada nesta unidade policial no dia 15/04/2017 às
14:39

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

Trabalho realizado em parceria com o MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, PE - Sul do CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Linha de Crédito: VIA PÚBLICA

^a = caso(s) em que há(s) ocorrência.

1. PRIMEIRA (ANTERIORE)
2. SEGUNDA (MEIO)
3. TERCEIRA (POSTERIORE)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

“FICHA 03 (Usado na geração da contabilidade), que indica em posse de(s) Signatário(s) em MATRIZ DA SUVA

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

MARILENE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sen. FERNANDO DA MATA
VICENCIA DA SILVA - ANTONIO PEDRO DA SILVA (data de nascimento: 27/11/1978)
FERNANDO TIMBAUBA - PERNAMBUCO - BRASIL
PRADALUIA PORFIRIO PESSOA, I - CEP: 6 - BARRA GRANDE -
TIMBAUBA - PERNAMBUCO - BRASIL

DANIELLE MARIA DASILVA (não presente no plantão, - 111)
Família: não informada. NAO INFORMADO: PERNAMBUCO, BRASIL

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - sexo desconhecido - 1 indivíduo. RAO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

Quantidade de(s) objeto(s) envolvido(s),

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de Sr(a). **DANIELLE MARIA DASILVA**, que está a em nome de Sr(a). **MARILENE MARIA DA SILVA**



DESCRIÇÃO DO VEÍCULO: MOTOCICLETA HONDA CG 150 1500 cc, cor vermelha, não
vermelha - 1500 cc (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PLACA: DEW3785 IDENTIFICADOR DO VEÍCULO: 155752624 INSC-
100K01620AR064987
ANO DE FABRICAÇÃO: 2010 2010 - TIPO DE COMBUSTÍVEL: ALCO.GASOL

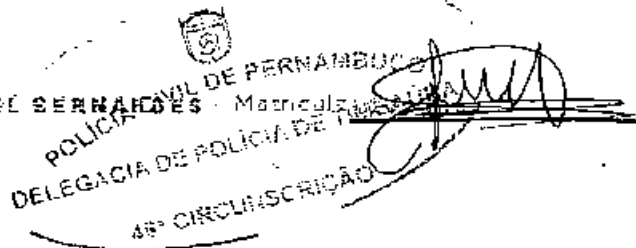
Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRANSITANDO PELAS RUAS DO BAIRRO DE
TINHAUBINHA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA RUA PERDEU O CONTROLE DA
MOTOCICLETA E CAIU AO SOLO. NÃO SABE DIZER EXATAMENTE QUE A FEE PERDER
O CONTROLE, ALENAS CAIU. FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UCA LOCAL,
ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS NECESSARIOS E FOI CONSTATADA UMA
FRATURA NO PE DIREITO.

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

Marilene M. da Silva
MARILENE MARIA DA SILVA
(VITIMA)

E O registrado por: LUIZIA ELZA MACIEL SERRA



8 9 JUN 2011



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 995.149.104-28, residente e domiciliado na R. Luiz Rorário Pessoa, nº 96, Cidade Timbaúba, Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

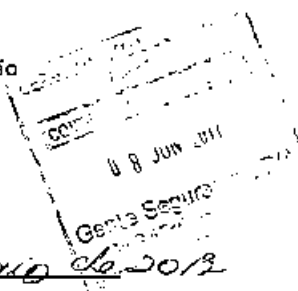
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marilene Mª da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbaúba, 22 de maio de 2012

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 995.149.104-28, residente e domiciliado na R. Luiz Rorário Pessoa, nº 96, Cidade Timbaúba, Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

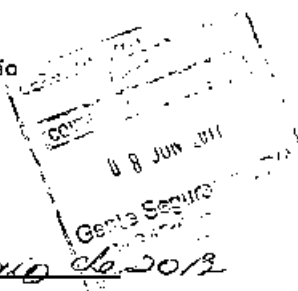
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marilene Mª da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbaúba, 22 de maio de 2012

Local e data





FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA	
Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA S. M. S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO DOUTINHO E MAT D PRIMITIVA	
Data: 11/12/2017 Hora:	
01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO	
Nome do Usuário: MARILENE MARIA DA SILVA Cartão SUS:	Atendimento nº: Nº Prontuário: Sexo: F Nº Grp Familiar: Ocupação: Complemento: U.F.: PE Telefone: Hora:
Mãe: Logradouro: Bairro/Localidade: Clínica: Motivo da procura: QUEDA DE MOTO Assinatura do Paciente:	Data Nascimento: 24/11/10 Idade: Pai: Nº: 76 Município: TIMBAUBA Data: 30/01/17 Rubrica Servidor:
02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito	
Acolhimento com classificação de risco:	
Assinatura: Classificação:	
03 - ANAMNESE:	
fact 10 43 2017	
04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glasgow:	
05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Radiológico: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros	
Hipótese do Diagnóstico:	
CID: Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Condição: () Medicação () Observação () Laudo para A/H Saída: Data/Hora / / às h. () Alta referido para UBS () Óbito <input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência () Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital	

Jacques Silva Cavalcanti
 Otorrinolaringologista
 CRM-PA 7875
 FRRM-PE 19.452





FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA	
Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA	
S. M. S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO	
Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO DOUTINHO E MAT D PRIMITIVA	
Data: 11/12/2017	
Hora:	
01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO	
Atendimento nº	
Nome do Usuário: MARILENE MARIA DA SILVA	
Nº Prontuário	
Cartão SUS: 24/11/10	
Data Nascimento: Idade: Sexo: F	
Mãe: Pai: Ocupação:	
Nº 76	
Complemento:	
Logradouro:	
Bairro/Localidade: LUIZ PORFÍRIO TIMBAUBA	
Município: PE	
U.F.: Telefone:	
Clínica: Data: 30/01/17	
Hora:	
Motivo da procura: Queda de moto	
Rubrica Servidor:	
Assinatura do Paciente:	
02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito	
Acolhimento com classificação de risco:	
Assinatura:	
Classificação:	
03 - ANAMNESE:	
fact 10 43 2017	
04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glasgow:	
05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
() Laboratório:	
() Radiológico:	
() ECG () Outros	
Hipótese do Diagnóstico:	
CID:	
Condição: () Medicação () Observação () Laudo para A/H	
Saída: Data/Hora / / às h. () Alta referido para UBS () Óbito	
() Outra Unid. Urgência () Especialidade	
() Internação no Hospital	
Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Jacqueline da Silva Cavalcanti	
Otorrinolaringologista	
CRM-PA 7875	
CRM-PE 19452	



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



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





Doc. Menor de Idade

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marienne Maria da Silva

RG nº 3.836.067, data de expedição 25/05/2010 órgão SSP / PE

CPF nº 995.149.704-98, venho perante o este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Luiz Porfirio Pessoa</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55890-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9-9543-3413 / (81)9-9216-2319</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, fir no-me.

Local e Data: Timbaúba, 27 de maio de 2017

Assinatura do Declarante: Marienne M. da Silva

16/8/2017





Força Social de Energia Elétrica: Criação pela Lei nº 24.044/2012
NOTA FISCAL - FATURA - CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife/PE 51010-000 - CEP 51010-000
 Tel: 81 339.932.0001 - 024 81 339.932.0002 Fax: 81 339.932.0003 e-mail: cliente@cepe.com.br

DADO NÚCLEO
FAGLDO FELICIANO DE ARAUJO

EMPREGADO DA UNIVERSIDADE CONSULTOR DA
PC LUIZ PORFÍRIO PESSOA 75

CPF: 135.779.304-97

CENTRO:IMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDÊNCIA
RESIDENCIAL
MODERNO

CONTRA CONTRATO 0251189018 04/2017

000060483

INCA 05/04/2017

12/04/2017 05/05/2017

APR 22 2017

OF THE CLERK
2001-9-17-887

№ 24 ОТТОБРА 2012

SECRET

193

1933

CONSUMO ALIMENTAR	DEMANDADO	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30 alimentos		0,4233987	13,70
Atendimento Bandeira AMARELA			0,50
Atendimento Bandeira VERMELHA			0,18
Coordenação Municipal de Proteção			1,18
Atmos. Subvenção CDE-MF 000567815-2/2017			0,76
Atmos. por estrada-MF 000017830 - 05/08/18			0,17
Atmos. por estrada-MF 000561800 - 05/08/18			0,17
PROCURADORIA-GERAL 134113-6/200-05/03/2009			3,00

TOTAL DA FATURA

18.33

[illegible][illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As operações de troca são
intermediadas por instituições de
finanças, como, por exemplo,
bancos, corretoras e seguradoras.
Essas instituições oferecem
serviços de intermediação de
operações de troca e de
seguros, além de

88 JUN 1964

SECRET

COMMENTS	MILES TRAVELED	MILES PER GAL.	GAL. CONSUMED	GAL. PER MILE	MILES OF TRAVEL	
					TOTAL MILES (M)	MILES OF TRAVEL (M)
100	0.00	4.55	19.30	24.80	220	202
100	0.00	4.55	19.30	24.80	220	231
100	0.00	4.55	19.30	24.80	220	231

Código CEE: 62.79 **Símbolo de la moneda:**

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय
 श्री कृष्णार्चनम्

مكتبة

DATA DE VERIFICACAO:

2007年12月15日 星期日





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marilene Maria da Silva

RG nº 3.836.067, data de expedição 25/05/2000 órgão SSP / PE

CPF nº 995.149.704-98, venho perante o este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Luiz Porfirio Pessoa</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55890-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9-9543-3413 / (81)9-9216-2319</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, fir no-me.

Local e Data: Timbaúba, 27 de maio de 2017

Assinatura do Declarante: Marilene M. da Silva

16/8/2011





Força Social de Energia Elétrica: Greve pelos R\$ 26, de 20/04/2011
NOTA FISCAL - FATURA - CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA

DADO OÍ CLIENTE
STAGILDO FELICIANO DE ARAUJO

PC LUIZ PORFIRIO PESSOA 76

CPF: 135 779.304-97

CENTRO: TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORTUÁRIO

CONTRA CONTRATO 0251189018 04/2017

Nº DA NOTA FISCAL 000468483	RUA UNICA	DATA 05/04/2017
APRESENTAÇÃO 05/04/2017	Nº DO CLIENTE 7001517987	Nº DA OUTORA 38704922

DATA D'ENTRATA: 12/04/2017 DATA D'USCITA: 05/05/2017
CATEGORIA: 1933

	DEMANDANTE	PREGO (R\$)	VALOR (R\$)
Contrato Alvorada	30 ANTIPOLO	0,4259877	0,37
Acreção e Bandeira AMARELA			15,6
Acreção e Bandeira VERMELHA			0,18
Cordão de Bureta do Público			1,18
ACMS Subvenção CDE Nº 000578 15-020 117			0,16
Unidade de Trabalho MF 000017030 - 05/08/18			0,77
Juros governamentais MF 000018030 - 05/08/18			0,61
PRO-CRIANÇA-GT(34)13-0500-050 03 0000			3,00

TOTAL DA FATURA

18.31

[illegible]

Idade (anos)	Porcentagem (%)
18-29	32
30-39	33
40-49	39
50-59	34
60-69	34
70-79	26
80-89	26
90-99	20
100+	10

Fonte: IBRA 2006. Pesquisa realizada em 2005.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

Assim, o primeiro passo para a implementação de uma estratégia de marketing é a identificação do público-alvo, a definição dos objetivos e a escolha dos canais de distribuição.

68 JUN 21

SECURITY

COMMODITY					TOTALS		
COMMODITY	UNIT	UNIT PRICE	UNIT PRICE	UNIT PRICE	TOTALS	TOTALS	TOTALS
COFFEE	KG	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
TEA	KG	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
SPICES	KG	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Leads (2.27) \rightarrow leads to the system of linear equations (2.28) to (2.31)

CONTAS DEPOSITO	4284400	DATA DE VENCIMENTO	TESTES E PAGAMENTOS
0757700000	0000000	12/03/2014	0000000





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti
RG nº 7988638, data de expedição 10/02/2014 Órgão SDS/PE,

CNPJ nº 086.005.684-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José 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>53845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmino-me.

Local e Data: Buenos Aires

Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti

08/06/2020



Zelta Sociedade de Energia Elétrica, Ltda da Roda Leste 10.033, da 2ª Etapa
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51033-000
 CNPJ 10.835.832/0001-00 | Insc. Est. 0005943-01 | www.zelta.com.br

VAREJO DO PUECO
 SEVIRINA DORVALINA DE FARIAS

RUA JOSE FAMILIANO 1 A

CPF 036 808 044-34

CONTRIBUÍVEIS A.P.S.
 BUENOS AIRES S.F.E.
 05845-000

INSCRIÇÃO DE IMÓVEL
 R.T. COMERCIAL
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
 Montevideo

CONTRATO 2659845019
 DATA DE VIGÊNCIA 02/05/2017
 DATA DE VIGÊNCIA 23/05/2017
 TOTAL A PAGAR 19,23

Nº DA NOTA FISCAL 007804731
 Nº DO CLIENTE 2017073204
 Nº DA INSTALAÇÃO 477810

CONTRATO 2659845019
 Acredito Bandeira AMARILHA
 Acredito Bandeira VERDE
 Contribuição Ratinhos do Público
 ICMS Substituição CODE NF 002730300-2003217
 M.d.p.p. Alíquota NF 002680587-236717

QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
20,0005000	0,6379842	12,76
		0,20
		0,57
		0,48
		0,14
		0,77

TOTAL DA FATURA

19,23

AP. DO	Tipo da	INTERVALO	DATA	ATUAL	Nº DE	COD. UNITE	ALÍQUOTA	VALOR UNITE
RECEBIM	RECEBIM	21.05.2017	21.05.2017	21.05.2017	21	1.0000		19,23

DATA	VALOR UN.	VALOR UN.	VALOR UN.
2017-05-21	12,76	0,20	0,57
2017-05-21	0,48	0,14	0,77

De acordo com o contrato de prestação de serviços de energia elétrica, a Zelta Sociedade de Energia Elétrica, Ltda. é responsável por fornecer a energia elétrica aos consumidores. O consumidor é responsável por pagar a conta de energia elétrica. A Zelta Sociedade de Energia Elétrica, Ltda. não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica.

08 JUN 2017
 15:03

Ante Seguradora
 Ant Seguradora

CONSUMO	VALOR UN.	VALOR UN.	VALOR UN.
2017-05-21	12,76	0,20	0,57
2017-05-21	0,48	0,14	0,77

TOTAL A PAGAR 19,23





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti
RG nº 7988638, data de expedição 10/02/2014 Órgão SDS/PE,

CNPJ nº 086.005.684/00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José 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>55845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmino-me.

Local e Data: Buenos Aires

Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Cavalcanti

08/06/2020

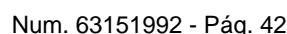


U R JUN 2011

Ata Secretado:
14 de Junho de 1967

[illegible]

Label: 10.10.17.22 ELLD - Vaux aux Pylotes de Vieux-Condé, le 10/10/2017 - 11. 5. 2017





DECLARAÇÃO

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

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

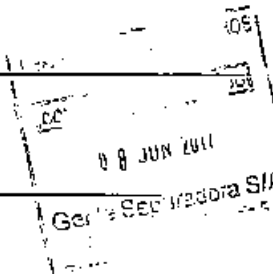
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Santana Cavalcanti autorizador(a) do
RG nº 9788638, expedido por SOS LPE, em
10/02/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) marilene
Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza VALIDAR Penhora re-
da vítima Marilene Maria da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

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

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

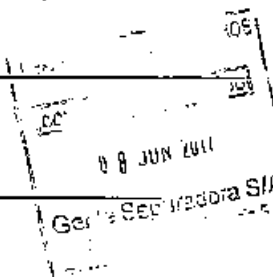
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Santana Cavalcanti autorizador(a) do
RG nº 9788638, expedido por SOS LPE, em
10/02/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) marilene
Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza VALIDAR Penupercie
da vítima Marilene Maria da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recuso

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIELE MARIA DA SILVA,
RG. nº _____, data de expedição 1/1/,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de TIMBAUBA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luiz Pádua Pessoa, nº 56,
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 DANIELE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX ES
Ano: 2010
Placa: PEW- 2788
Chassi: 8C1K C16 20 A A 054 007
Data do Acidente: 30-01-2017
Local e Data: Timbuba/PE, 03/05/2017.

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 Timbuba - **ANTONIO ALVARES CORDEIRO NETO - Titular**
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS - **MARCELO RODRIGUES ALVES DE LIMA - Escrivão**
Rua Volante (Antiga Rua) nº 10 - Fátima (Bairro) - CEP: 53.020-200 - Fone: (81) 3311-4567 - E-mail: cordel@notariotimbuba.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de **DANIELE MARIA DA SILVA**.
Timbuba/PE, 09/05/2017 11:44:13; o referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,27 - RC25315-4

Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730.JPP04201701.02010
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seloDigital

08 Jun 2017





Declaração do Proprietário do Veículo

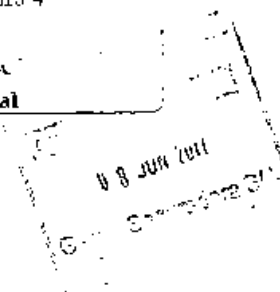
Eu, DANIELE MARIA DA SILVA,
RG. nº _____, data de expedição 1/1/,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de TIMBAUBA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luiz Pádua Pessoa, nº 56,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DANIELE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX ES
Ano: 2010
Placa: PEW- 2788
Chassi: 8C1K C16 20 A A 054 007
Data do Acidente: 30-01-2017
Local e Data: Timbuba/PE, 03/05/2017.

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 Timbuba - **ANTONIO ALVES CORDEIRO NETO - Titular**
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS - **ANTONIO ALVES CORDEIRO NETO - Titular**
Rua: ... - Fone: ... - E-mail: ...
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de **DANIELE MARIA DA SILVA**.
Timbuba/PE, 09/05/2017 11:44:13; o referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,27 - RC25315-4
Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730.JPP04201701.02010
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seloDigital

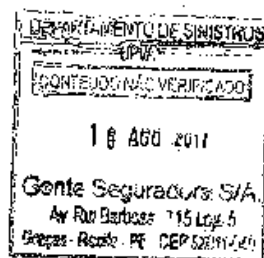


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIELE MARIA DA SILVA,
RG nº _____, data de expedição 1/1/,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de TIMBAUBA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luiz Raimundo Pessoa, nº 36,
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 DANIELE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era
DANIELE MARIA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX ES
Ano: 2010
Placa: PEW-2788
Chassi: 9CJXK1C20A0054007
Data do Acidente: 30-01-2017
Local e Data: Timbauba/PE - 09/05/2017

Daniele Maria da Silva
Assinatura do Declarante



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

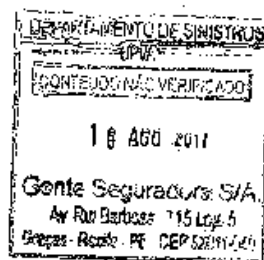


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIELE MARIA DA SILVA,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de TIMBAUBA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luiz Raimundo Pessoa, nº 36,
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 DANIELE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era
DANIELE MARIA DA SILVA.

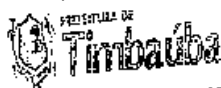
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX ES
Ano: 2010
Placa: PEW-2788
Chassi: 9CJXK1C20A0054007
Data do Acidente: 30-01-2017
Local e Data: Timbauba/PE - 09/05/2017

Daniele 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
Município de Timbaúba

RECEITUÁRIO

P/Maria Nereia de Silva
laudo médico

Paciente vítima trauma múltiplo
resultando de queda de 4m.
Foi realizado amplexação e a paciente
encontra-se em acompanhamento.

CID: S62

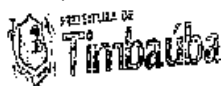
08/09/17

Dr. Paulo Cavalcanti
CRM: 87825
Rég. 18492



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





HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOÃO COUTINHO

Hospital do
Município de Timbaúba

RECEITUÁRIO

P/Maria Nereia de Silva
laudo médico

Paciente vítima trauma múltiplo
resultando de queda de 4m.
Foi realizado amplexação e a paciente
encontra-se em acompanhamento.

CID: S62

08/09/17

Dr. Paulo Cavalcanti
CRM: 87825
Rég. 18492

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



