



07/07/2020

Número: **0019625-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes   |                    | Procurador/Terceiro vinculado                   |                    |
|--|--------------------|---|--------------------|
| ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA (AUTOR)                    |                    | RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO) |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)                   |                    |   |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |   |                    |
| Documentos   |                    |   |                    |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento                                       | Tipo               |
| 64293931   | 07/07/2020 15:16   | <a href="#">ANEXO 1</a>                         | Outros (Documento) |

ADRIANA MARIA MORA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
 4810389-888 PE  
 DATA NASCIMENTO: 26/07/1974  
 FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MORA  
 IMAGEM FOTOGRAFICA DE 20 ANOS  
 DATA EMISSÃO: 17/06/2002  
 LOCAL: AURORA PE  
 DATA EMISSÃO: 10/04/2017  
 53266755000  
 53266755000  
 PERNAMBUCO

1421884961  
 1421884961





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110354/20

**Vítima:** ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

**CPF:** 103.045.134-66

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 07/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA : 103.045.134-66

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/04/2020  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200141479 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/01/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 4\_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/6\_EXAME DE IMAGEM.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado     | Indenização<br>pelo dano |
|---|---|---|---------------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>tornozelo | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%         | R\$ 1.687,50             |
| <b>Total</b>                                    |   |   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>      |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200141479 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/01/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 4\_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/6\_EXAME DE IMAGEM.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO QUE, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, E APRESENTAR AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

|   |
|---|
| NOME- ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA   |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO   |
| PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR  |
| IDENTIDADE: RG- 8847747 SDS/PE CPF:103.045.134-66                                 |
| DATA DO ACIDENTE:07/01/2020   |
| COBERTURA : INVALIDEZ   |
| VÍTIMA: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA   |
| ENDEREÇO: RUA – QD-A , Nº 91, LOTTO- ARMANDO ALEIXO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE |

### OUTORGADO

|  |
|--|
| NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES                                     |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA  |
| PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR   |
| IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04                                      |
| ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE). |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 30 DE JANEIRO DE 2020.

 x Rosiael Noronha de Oliveira

### ASSINATURA DO OUTORGANTE

|  |   |
|--|---|
| TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO  | Tabelião: ISAAC AECIO FREITAS MIRANDA   |
| Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Rosiael Noronha de Oliveira, Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 30/01/2020, 10:57 - Total: 5,06. Em Testemunho da verdade. | Ass. The. Senado Arquiv. 174 - Com. Santa Cruz do Capibaribe, PE - Fone: (81) 3731-1111 |
| Tagueiro Lima da Silva Souza - Escrevente  |   |
| Selo(s) 3159467.LAJ12201902.01220  |   |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110354/20  
**Vítima:** ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA  
**CPF:** 103.045.134-66  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A  
**Data do acidente:** 07/01/2020  
**Titular do CPF:** ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA : 103.045.134-66

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/04/2020  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141479

Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

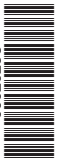
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15690740

Pag. 00475/00476 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020238





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200141479**

**Vítima: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004758**

**Conta: 0000013516-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

103.043.134-66

4 - Nome completo da vítima:

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

7 - Profissão:

REC. JOF

8 - Endereço:

RUA AD-A

6 - CPF:

103.043.134-66

11 - Bairro:

ARMANDO ALEIXO

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

9 - Número:

91

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CxP:

SS 190-000

16 - Tel. (DDD):

81-99300-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4758

CONTA: 13516

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou maior(a) filho(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 10/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -  
DP128CIRC DINTER1/17º DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0218000347**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/01/2020** às **16:18**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **27/1/2020** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, PE-160, NAS IMEDIAÇÕES DA ENTRADA DE "MARIA CAPUCHU" - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JOSE ANILDO DA SILVA (OUTRO)  
ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES OLIVEIRA Pai: FRANCISCO NORONHA FILHO Data de Nascimento: 9/9/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8847747/SDS/PE (RG), 10304513466 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A) Telefones Celulares: - 989243399**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA DO AMOR, 49, JACANÃ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



**JOSE AMARO DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

#### Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE AMARO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**  
Placa: **NJO4124** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **889449953** Chassi: **9C2JC30706R893891**  
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

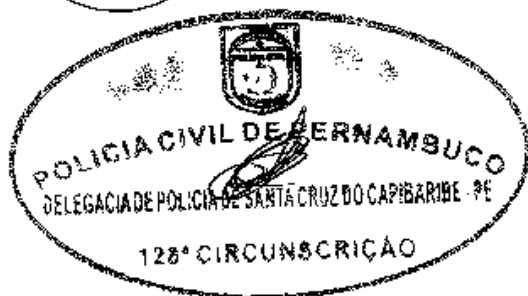
#### Complemento / Observação

A VITIMA EM SUAS DECLARAÇÕES AFIRMA QUE NO DIA 07 DE JANEIRO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 20:00 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DO SEU CUNHADO E QUANDO ESTAVA VOLTANDO DE UMA FESTA EM DIREÇÃO DA SUA CASA, PELA RODOVIA PE-160, E NAS IMEDIAÇÕES DA CURVA DA ENTRADA DE "MARIA CAPUCHU", UM CACHORRO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE, FAZENDO COM QUE A VITIMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIRAM NO ASFALTO, FICANDO FERIDO NO PÉ ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

*Rosiael Noronha de Oliveira*  
**ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

103.043.134-66

4 - Nome completo da vítima:

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

7 - Profissão:

REC. INF

8 - Endereço:

RUA AD-A

6 - CPF:

103.043.134-66

11 - Bairro:

ARMANDO ALEXO

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

9 - Número:

91

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CxP:

SS 190-000

16 - Tel. (DDD):

81-99300-1998

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4758

CONTA: 13516

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou madrinha(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 10/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: | 15/04/2020 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000013516-4

---

---

Nr. da Autenticação 4BC2693487AAC0B9





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Brito, s/nº Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.836.912/0001-20 | Rec, Estr. 055943-98 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

ENDEREÇO DA ENTIDADE CONSTRUTORA  
CD A 9:

LOTIC ARAGANDO ALEXANDRE SANTA CRUZ DO  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE  
55120-000

7002894861 01/2020  
08/02/2020

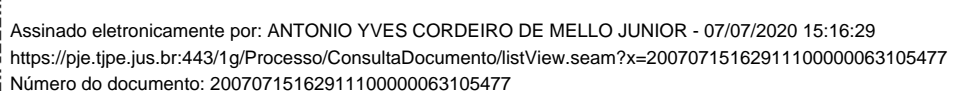
|           |          |          |
|-----------|----------|----------|
| 062079108 | 10000000 | 10000000 |
| 062079109 | 10000000 | 10000000 |

Consumo-TUSD até 30 kWh  
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh  
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh  
Consumo-TUSD superior a 220 kWh  
~~Consumo-TUSD superior a 220 kWh~~  
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh  
Associação Bandeira AMARÉLIA  
Carla Ari, Pátio Municipal  
Km3 Subversão-COE- nº 08468970-1271118  
Km5 Subversão 2300m Renda  
PRD.CRMVAC-1, 2 e 124-12-9980 6833 Cst 4333

| QUANTITY  | PRICE (R) | VALUE (R) |
|-----------|-----------|-----------|
| 70.000000 | 0.1354746 | 9.48      |
| 70.000000 | 0.2886708 | 20.21     |
| 70.000000 | 0.3504002 | 24.53     |
| 70.000000 | 0.1254500 | 8.78      |
| 70.000000 |           | 5.00      |
| 70.000000 | 0.5276682 | 36.93     |
|           |           | 2.00      |
|           |           | 15.00     |
|           |           | 7.00      |
|           |           | 1.00      |
|           |           | 1.50      |

169 Gy

| 10-100 | 1000-2000 | 2000-3000 | 3000-4000 | 4000-5000 | 5000-6000 | 6000-7000 | 7000-8000 | 8000-9000 | 9000-10000 | 10000-11000 | 11000-12000 | 12000-13000 | 13000-14000 | 14000-15000 | 15000-16000 | 16000-17000 | 17000-18000 | 18000-19000 | 19000-20000 | 20000-21000 | 21000-22000 | 22000-23000 | 23000-24000 | 24000-25000 | 25000-26000 | 26000-27000 | 27000-28000 | 28000-29000 | 29000-30000 | 30000-31000 | 31000-32000 | 32000-33000 | 33000-34000 | 34000-35000 | 35000-36000 | 36000-37000 | 37000-38000 | 38000-39000 | 39000-40000 | 40000-41000 | 41000-42000 | 42000-43000 | 43000-44000 | 44000-45000 | 45000-46000 | 46000-47000 | 47000-48000 | 48000-49000 | 49000-50000 | 50000-51000 | 51000-52000 | 52000-53000 | 53000-54000 | 54000-55000 | 55000-56000 | 56000-57000 | 57000-58000 | 58000-59000 | 59000-60000 | 60000-61000 | 61000-62000 | 62000-63000 | 63000-64000 | 64000-65000 | 65000-66000 | 66000-67000 | 67000-68000 | 68000-69000 | 69000-70000 | 70000-71000 | 71000-72000 | 72000-73000 | 73000-74000 | 74000-75000 | 75000-76000 | 76000-77000 | 77000-78000 | 78000-79000 | 79000-80000 | 80000-81000 | 81000-82000 | 82000-83000 | 83000-84000 | 84000-85000 | 85000-86000 | 86000-87000 | 87000-88000 | 88000-89000 | 89000-90000 | 90000-91000 | 91000-92000 | 92000-93000 | 93000-94000 | 94000-95000 | 95000-96000 | 96000-97000 | 97000-98000 | 98000-99000 | 99000-100000 | 100000-101000 | 101000-102000 | 102000-103000 | 103000-104000 | 104000-105000 | 105000-106000 | 106000-107000 | 107000-108000 | 108000-109000 | 109000-110000 | 110000-111000 | 111000-112000 | 112000-113000 | 113000-114000 | 114000-115000 | 115000-116000 | 116000-117000 | 117000-118000 | 118000-119000 | 119000-120000 | 120000-121000 | 121000-122000 | 122000-123000 | 123000-124000 | 124000-125000 | 125000-126000 | 126000-127000 | 127000-128000 | 128000-129000 | 129000-130000 | 130000-131000 | 131000-132000 | 132000-133000 | 133000-134000 | 134000-135000 | 135000-136000 | 136000-137000 | 137000-138000 | 138000-139000 | 139000-140000 | 140000-141000 | 141000-142000 | 142000-143000 | 143000-144000 | 144000-145000 | 145000-146000 | 146000-147000 | 147000-148000 | 148000-149000 | 149000-150000 | 150000-151000 | 151000-152000 | 152000-153000 | 153000-154000 | 154000-155000 | 155000-156000 | 156000-157000 | 157000-158000 | 158000-159000 | 159000-160000 | 160000-161000 | 161000-162000 | 162000-163000 | 163000-164000 | 164000-165000 | 165000-166000 | 166000-167000 | 167000-168000 | 168000-169000 | 169000-170000 | 170000-171000 | 171000-172000 | 172000-173000 | 173000-174000 | 174000-175000 | 175000-176000 | 176000-177000 | 177000-178000 | 178000-179000 | 179000-180000 | 180000-181000 | 181000-182000 | 182000-183000 | 183000-184000 | 184000-185000 | 185000-186000 | 186000-187000 | 187000-188000 | 188000-189000 | 189000-190000 | 190000-191000 | 191000-192000 | 192000-193000 | 193000-194000 | 194000-195000 | 195000-196000 | 196000-197000 | 197000-198000 | 198000-199000 | 199000-200000 | 200000-201000 | 201000-202000 | 202000-203000 | 203000-204000 | 204000-205000 | 205000-206000 | 206000-207000 | 207000-208000 | 208000-209000 | 209000-210000 | 210000-211000 | 211000-212000 | 212000-213000 | 213000-214000 | 214000-215000 | 215000-216000 | 216000-217000 | 217000-218000 | 218000-219000 | 219000-220000 | 220000-221000 | 221000-222000 | 222000-223000 | 223000-224000 | 224000-225000 | 225000-226000 | 226000-22 |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|

[illegible]





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50150-002  
CNPJ: 13.035.932/0001-00 | Inscr. Est. 0605943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ROCEMIRO ALVES ROCHA S

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE  
55192-305

**CLASSIFICAÇÃO**  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL 7008475460  
079864171 UNESA 08/10/2019

7008475460 10/2019  
15/10/2019 08/11/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$) 53,62

APRESENTAÇÃO: 2011-0802B 3423602

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

|  | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)  |
|--|------------|-------------|--------------|
| Consumo Ativo (kWh)                      | 59,003000  | 0,87089362  | 47,83        |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,30         |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |            |             | 2,62         |
| Contrib. Rural Pública Municipal         |            |             | 2,07         |
| ICMS Supvenção-CDE-NF 072300654-06/08/19 |            |             | 0,80         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |             | <b>53,62</b> |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE TA - NOTA FISCAL |                |            |          |            |        |            |           |        |               |
|--|----------------|------------|----------|------------|--------|------------|-----------|--------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                                | TIPO DA FUNÇÃO | DATA       | ANTERIOR | DATA       | ATUAL  | Nº DE ONAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
| 349029771                                    | CAT            | 05/09/2019 | 282,00   | 08/10/2019 | 311,00 | 33         | 1,07600   |        | 59,00         |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Scanned by CamScanner



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 sancionatórias, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano José Pereira de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosival Noronha de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.045.134 / 66, do sinistro de DPVAT cobertura Intervenção da Vítima Rosival Noronha de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.045.134 / 66, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|  |   |  |                          |
|--|---|--|--------------------------|
| Endereço: <u>Rua Roxinho Alves da Rocha</u>    |   | Número: <u>03</u>                            | Complemento: <u>Casa</u> |
| Bairro: <u>Centro</u>                          | Cidade: <u>Santa Cruz do Capibaribe</u> | Estado: <u>PE</u>                            | CEP: <u>55192-305</u>    |
| Telefone comercial (DDD): <u>81-99700-1998</u> |   | Telefone celular (DDD): <u>81-99161-3907</u> |                          |

Santa Cruz, 10 de Fevereiro de 2020  
do Capibaribe Local e Data

Adriano José Pereira de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante

DL09L301 V001/2017





**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA** nascido em 09/09/1991 esteve nesta unidade hospitalar no dia 07/01/2020 por volta das **20h28min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 23 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE



**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
**DIRETOR**  
**MAT.069043**

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE  
E-mail: upa24hsec@gmail.com



SALA AMARELA



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**



**UPA JOSÉ VIEIRA FILHO**

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE  
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

**Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente**

Número do Atendimento: 0304441 07/01/2020 20:28:18

Paciente: ROSIAEL NORONHA DE OLIVEIRA

Sexo: M D. Nasc.: 09/09/1991

RG:

Profissão: OUTROS

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO NORONHA FILHO

Endereço: R= DO AMOR

Bairro: JACANÁ

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0081087

SUS: 706206003175267

Idade: 27 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone: 9 85906416

Pressão Arterial: 100 x 60

Pulso: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Histórico da Doença atual:

*Doi + escoriações em tornoz-  
elo @ após queda de moto  
Nega TCE*

Exame Físico:

**CÓPIA AUTORIZADA**

Diagnóstico Provisório:

*Atestado  
João Roberto de Menezes  
CRM-PE 23764-78  
20/01/2020*

Conduta:

*Voltar em  
Rx tornozelo @ 1 P @*

*30: 59h Rx gesso tornozelo lateral*

Liberação do Paciente: Data: 1/1 Hora: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

*CP: Avaliação de hemetk g  
MAD- 5855278*

*Angela Mendonça  
MÉDICA  
CRM-PE 14387  
CONSUBSTITUTO*

*Angela Mendonça  
MÉDICA  
CRM-PE 14387  
CONSUBSTITUTO*



## FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 20.12

Doenças preexistentes:

**សំណួរច្បាប់:**

**Uso de medicamentos:**

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia ( ) ; Cianose ( ) ; Estridor ( ) ; PC<50>140 ( ) ; FR>32vpm ( ) ; Extremidades frias ( ) ; Pulso Fraco ( ) ; Pulso Ausente ( ) ; Sudorese ( ) ; PAS<80mmHg ( ) ; PAD>130mmHg ( ) ; Letargia ( ) ; Convulsionando ( ) ; irresponsivo ou só resposta a dor ( ) ; Intoxicação exógena ( ) ; Sangramento intestinal ( ) ; Lesão grave ( ) ; Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas ( ) ; Hipoglicemia com sudorese intensa ( ) ; OBG:\_\_\_\_\_

**CLASSIFICAR COMO AMARELA**

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15( ); FC <50 ou >140( ); PAS <90 ou >190mmHg( ); PAO<130( ); Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão( ); Convulsão nas últimas 24horas( ); Mucosas ressecadas( ); Queimaduras entre 1º e 3º graus em áreas não críticas( ); Abuso Sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( ); História até 72h de: Hematêmese( ); Enterorragia( ); Epistaxe( ); Acidente perfuro/cortante c/material biológico( ); OSS: \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAR COMO VERDE**

Idoso com queixas( ): TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( );  
 Lombalgia intensa( ); Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, qçações( ); Dor abdominal  
 sem alterações de SSW( ); PAS entre 160 e 190 mmHg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130 mmHg  
 sem sintomas( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia( );  
 OBS: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal( ); Coriza crônica ou recorrente( ); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h( ); Curativos ou retirada de pontos( ); Vômitos ou diarreia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( ); Administração de medicamentos( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( );

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA( ) AMARELA( ) VERDE( ) AZUL( )

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL ( ) MÉDICO ( )

An 03:45. Paciente spuxando.  
N de dor intensa.

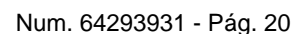
Wanderston Silva  
0085-78 801.704-800

## ASS. E CARIÓTIPO DO ENFERMEIRO

60- ~~Q~~ Thermal 1100 mg of wgs  
 1404 100 wgs 500 g. m.

Silvia Teresa B. de Lima  
Enfermeira  
COREN-PE 029.724

*[Handwritten signature]*  
MAGUIR  
CRM-282348





NOME: Gaspar L. Noronha do Carmo

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do braço direito CID-10: S92, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

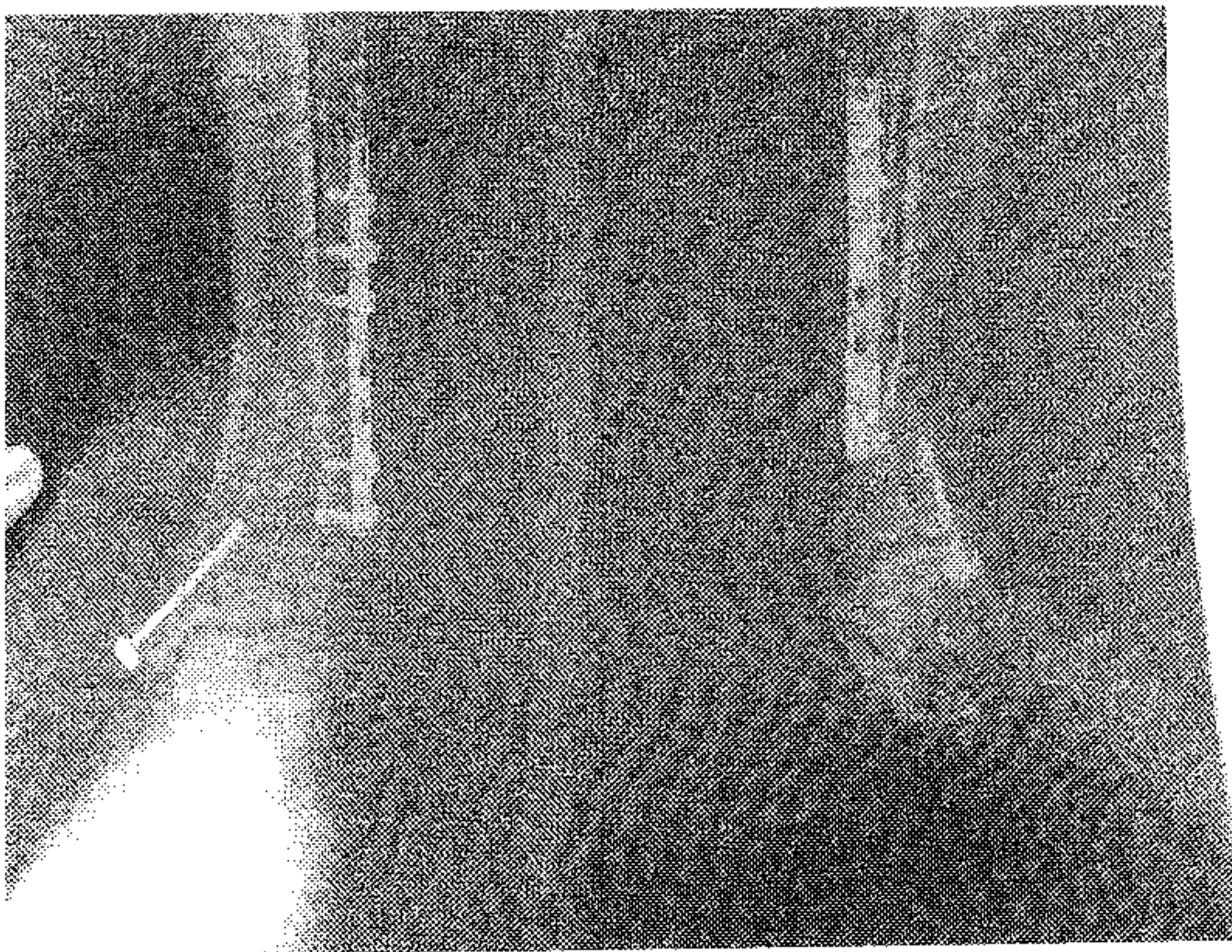
10, 11, 20. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 06, 02, 20

ASSINADO ELETRONICAMENTE  
EM 07/07/2020 ÀS 15:16:29  
POR ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR







Scanned by CamScanner





VALIA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1933795802

FRANCISCO AROCHA FILI  
C  
MARIA M. LINDA DE OLIVEIRA  
C

1933795812

PERNAMBUCO

