
Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

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

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002238-1

Conta: 000008245-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

027.910.914-83

Maria Aparecida de Holanda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Maria Aparecida de Holanda		027.910.914-83		meuse	
Endereço		Número		Complemento	
R. Nete do Eixo		80			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Centro	João dos Reis	PE			
Email			Telefone (DDD)		
			81.9.9666-6746		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
				Brasil <input type="text"/> 001		2238 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 8245 <input type="text"/> 7 <input type="text"/>	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

João dos Reis de Setembro de 2018

Local e Data

Maria Aparecida de Holanda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL S.A.
17/07/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.25.23
0223870300

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2238-1 CONTA: 8.245-7
CLIENTE: MARIA APARECIDA HOLANDA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----16/05/2017-----		
Saldo Anterior		
----- N A O H A L A N C A M E N T O S -----		

Saldo

Juros *

Data de Debito de Juros 01/08/2018

IOF *

Data de Debito de IOF 01/08/2018

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos
devedores diários no mes anterior ao debito.

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3280/543262 CPF da vítima: 027.910.914-83 Nome completo da vítima: Maria Aparecida de Holanda

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

Nome completo: Maria Aparecida de Holanda CPF: 027.910.914-83
Profissão: recusado Endereço: R. Vale do Curo Número: 80 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Recife dos Gó Estado: PE CEP:
E-mail: Tel.(DDD): 81.9.9666-674

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (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: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2238 1 CONTA: 8245 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não autenticada

Local e Data, Recife dos Gó 03.12.18
Nome: Maria Aparecida de Holanda
CPF: 027.910.914-83

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Maria Aparecida de Holanda
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____

RUANA SEGURADORA
20 DEZ 2018
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE

BANCO DO BRASIL S.A.
17/07/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.25.23
0223870300

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2238-1 CONTA: 8.245-7
CLIENTE: MARIA APARECIDA HOLANDA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----16/05/2017-----		
Saldo Anterior		
----- N A O H A L A N C A M E N T O S -----		

Saldo

Juros *

Data de Debito de Juros 01/08/2018

IOF *

Data de Debito de IOF 01/08/2018

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos
devedores diários no mes anterior ao debito.

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190546771
Nome do(a) Examinado(a): Maria Aparecida de Holanda
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Vila do Cipo, 80
Lagoa dos Gatos Lagoa dos Gatos PE CEP: 55450-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 602103101
Data local do acidente: [23/06/2018]
Data local do exame: [14/10/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO DIREITO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/06/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 26/06/2018, RECEBEU ALTÀ APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, ALEM DE AFIRMAR DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Data da Alta: 27/06/2018

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

AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO EM 1,5 CM, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO COTOVELO GRAU II, AFIRMA DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

- VII. Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

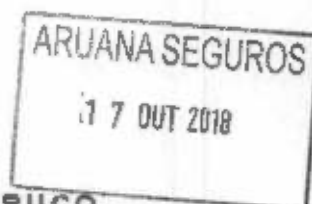
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 099ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DOS
GATOS - DP99ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0189000252**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2018** às
10:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **23/1/2018** às **06:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SÍTIO
LAJEDO - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)
MARIA APARECIDA DE HOLANDA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MARIA APARECIDA DE HOLANDA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA DE NAZARÉ DE JESUS Pai: OLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA Data de
Nascimento: 25/10/1976 Naturalidade: LAGOA DOS GATOS / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA DOS GATOS, 22, RUA CICERO LAURENTINO
DA SILVA - CEP: 8 - Bairro: VILA CIPO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Data de Nascimento: 1/1/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PA3/MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN K5 PLACA KKA7732 E CHASSI 9C2KC08187R148262**

Complemento / Observação

INFORMA A DECLARANTE QUE NO DIA 23/06/2018 ESTAVA NA GARUPA DA MOTO DO SR. JOSÉ ROSENILSON QUANDO UMA MOTOCICLETA DE ALGUÉM DESCONHECIDO PAROU ABRUPTAMENTE NA FRENTE E VIERAM A COLIDIR COM A MESMA, DERRUBANDO-LHE AO CHÃO; QUE DA QUEDA QUEBROU O BRAÇO DIREITO. NADA MAIS FOI DITO.

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



MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Assinado por: **Maria Cecília da Costa Gonçalves Brito - Matrícula: 3873438**

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DOS
GATOS - DP09/CIRC DINTER/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0189000304

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/09/2018 às
12:10

Complemento - 30 NOME: 18E0189000252

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Causa (Consumado)
que aconteceu no dia 23/09/2018 às 06:00

MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SÍTIO
LAGOADO - ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS - PERNAMBUCO
BRASIL
VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ROSENILOSON DE OLIVEIRA
JOSE ROSENILOSON DE OLIVEIRA, TESTEMUNHA
RUA ROSENILOSON DE OLIVEIRA, VÍTIMA

ÁRUANA SEGURADORA
27 DEZ 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (modelo, cor, ano, placa) - 01, 4x4, cor preta, placa 0101
RUA ROSENILOSON DE OLIVEIRA

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA (presente no plantão) - Id. - Feminino - 01
MARIA DE NAZARE DE JESUS - OLÍNDIO LOMALVES DE HOLANDA - Data de
nascimento: 23/09/1981 - Município: LAGOA DOS GATOS - PERNAMBUCO - BRASIL
MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 81, RUA CICERO LAURENTINO
DA SILVA - CEP: 5 - SALVA VILA CIDO - LAGOA DOS GATOS - PERNAMBUCO - BRASIL

JOSÉ ROSENILOSON DE OLIVEIRA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino - Data de Nascimento: 12/1981 - Nacionalidade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO -
BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido - Data de Nascimento: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) - HONDA, S/A, S/A, JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA, que estava em posse de JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA, especifico: Não, MOTOCICLETA NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO Objeto especifico: Não, MOTOCICLETA NÃO INFORMADA

Trata-se de MOTOCICLETA HONDA DO 150 TITAN KS PLACA KKA7732 E CHASSI 502K0021872110102

Complemento / Observação

INFORMA A DECLARANTE QUE NO DIA 22.09.2016 ESTAVA NA GARAGEM DA MOTO DO SR. JOSÉ ROSENILSON QUANDO UMA MOTOCICLETA DE ALGUÉM DESCONHECIDO PAROU SUBTAMENTE NA FRENTE E VEIO A COLIDIR COM A MESMA, DERUBANDO-LHE O CHÃO, QUE SE QUEBROU O BRACO DIREITO. NADA MAIS FOI DITO. A VITIMA NÃO TEM INTERESSE EM DAR SEGUIMENTO AO PROCEDIMENTO CRIMINAL, SERVINDO APENAS PARA FINS DE REGISTRO.

Assinatura do(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial:

MARIA APARECIDA DE HOLANDA

(VITIMA) Maria Aparecida de Holanda

D. O. (DELEGADO) SILVIO CEARO DA SILVA - Matrícula: 3275136

Silvio

ARUANA SEGURADORA
27 DEZ 2016



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3280/543262 CPF da vítima: 027.910.914-83 Nome completo da vítima: Maria Aparecida de Holanda

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

Nome completo: Maria Aparecida de Holanda CPF: 027.910.914-83
Profissão: recuada Endereço: R. Vale do Curo Número: 80 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Recife dos Gó Estado: PE CEP:
E-mail: Tel.(DDD): 81.9.9666-674

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (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: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2238 1 CONTA: 8245 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não autenticada

Local e Data, Recife dos Gó 03.12.18
Nome: Maria Aparecida de Holanda
CPF: 027.910.914-83

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Maria Aparecida de Holanda
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____

RUANA SEGURADORA
20 DEZ 2018
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE

PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

DATA: 23/06/18 HORA: 7:33 REGISTRO: 1000199

NOME: Maria Aparecida de Holanda

IDADE: 44 anos DATA DE NASCIMENTO: 09/10/75 SEXO: _____

ENDEREÇO: Vila Cipo

NATURALIDADE: L. dos Gatos PROFISSÃO: Agricultor COR: _____

RESPONSÁVEL: A mesma IDENTIDADE: _____

CARTÃO DO SUS: _____ FILIAÇÃO: _____

PESO: _____ PA: _____ TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ FC: _____ FR: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente de moto, com

DADOS CLÍNICOS: Suspeita de fratura no Rádio (D),

apresentando edema, dor + dificuldade de

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Moib. lgoas.

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO: HD = Poliframetismo

EXAME SOLICITADOS: 545 3819

(1) Tiamol 50 mg - III

(2) Encaminhado ao Traumatismo Ortopédico

do HRA - senha 545/3819

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INTERRADO PARA OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA |
| <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA C/ MEDICAÇÃO PRESCRITA | <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE |
| <input type="checkbox"/> ALTA PEDIDO | <input type="checkbox"/> ÓBITO |

TRANSFERIDO PARA: _____

MÉDICO/ ASSINATURA / CARIMBO

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

João Bosco de Albuquerque
MÉDICO
CREMERE 20.161

DESTINO DO PACIENTE

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: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02238-1

CONTA: 000000008245-7

Nr. da Autenticação DCDDE831F1DE97CD

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvir/ler 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
do Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDIVALDO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 059.687.354-90 NIS: 16093720013

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VILA DO CIPÓ 89

LAGOA DOS GATOS/LAGOA DOS GATOS
55430-000 LAGOA DOS GATOS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

30/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

16,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

23/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

078574783

CONTA CONTRATO

002593136011

Nº DO CLIENTE

2002642020

Nº DA INSTALAÇÃO

0001848007

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FFFA.1617.A3CB.B4B5.7168.314F.407E.F59B

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198126	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	24,00	0,32911071	7,89
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,98
Multa por atraso-NF 074874860 - 23/08/19			0,23
Juros por atraso-NF 074874860 - 23/08/19			0,02
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-9990 0900 031 0909			0,88
TOTAL DA FATURA			16,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	14,67	0,81	0,11	14,87	3,72	0,54

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh 0,19198126	SET 10 54
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,32911071	AGO 18 48
	JUL 18 50
	JUN 15 52
	MAR 19 57
	ABR 18 56
	MAR 18 81
	FEV 19 54
	JAN 19 56
	DEZ 18 83
	NOV 18 89
	OUT 18 86
	SET 18 54
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS %	
Geração de Energia 7,14 48,67	
Transmissão 0,72 4,31	
Distribuição (Celpe) 4,36 25,72	
Encargos Setoriais 0,43 2,63	
Tributos 0,65 4,42	
Perdas de Energia 1,17 6,94	
TOTAL 14,87 100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MD52052	CAT	23/08/2019	11.062,00	23/09/2019	11.116,00	31	1,00000	0,00	54,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFORADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul2019					
DIC-No de horas sem Energia		0,00	6,03	12,08	24,12
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,42	8,85	13,70
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,54	0,00	0,00
DIGR-Queda de interrupção em dia crítico					Limite DIGR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 5,78					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DIGR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você marisa de oliveira cunha - me: rua do comércio no 35 centro / net
Informática: rua do comércio 53 centro. lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura e bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível da tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLV(B), a, 2.2.2, do RICMB-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 16,84.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002593136011	09/2019	16,88	30/09/2019	neoennergia.com.RFCCConversaoServico?redirefatura=true&...

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0600 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 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 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 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 João Gabriel Pereira Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.046.134/21 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Aparecido de Holanda inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.910.914/83 do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima João Aparecido de Holanda inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.910.914/83, 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>Av. Juscelino Pereira Neto</u>	Número <u>257</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Curitiba</u>	Estado <u>PR</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>81.9.9666.6746</u>



João Pereira, 05 de Setembro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu JOSE ROSENILSON DE OLIVEIRA

RG: 9.916.007 data de expedição: 05/10/2014

Órgão S.D.S portador do CPF: 126.300.174-27

Com domicílio na cidade
de: LAGOA DOS GATOS

Estado de: PERNAMBUCO Onde resido na

(Rua/Avenida/Estrada): R. Severina Monteiro

Nº: SIN 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: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

, cujo o condutor era JOSE ROSENILSON DE OLIVEIRA

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Ano: 2007

Modelo: HONDA CG 150 TITAN RS

Placa: KKA 7732

Chassi: 9C2K C08107R 148302

Data do acidente: 23/06/2018

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018

Lagoa dos Gatos 06.08.18

Jose Rosenilson de Oliveira

Assinatura do declarante

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

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO - LAGOA DOS GATOS - PE
Títular: EUDINA ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Telefone: (81) 3692-1003

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de: JOSE ROSENILSON DE OLIVEIRA; deu fé. Em testemunho da verdade. Empl. R\$3,49 - TSMR. R\$0,78 - FERC. R\$0,39. JOSE ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA - Substituto.

Selo: 007642.EMB03201001.02259 06/08/2018 09:52:36
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 423657

Prontuário: 320512

Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data Nasc.: 29/10/1978

Idade: 41

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02791091483

RG: 602103101

CNS: 163962029060018

Endereço: RUA CICERO LAURENTINO

Nº: 82

Bairro: VILA CIPO

Cidade: LAGOA DOS GATOS

Estado: PE

CEP: 55450000

Fone: 712 3638

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: MARIA NAZARE DE JESUS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO

Data: 23/09/2018

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Força e dor na articulação do ombro direito.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Edema e limitação de movimento

Diag. Provisório:

Fratura do Manguito do Ombro e lesão do tendão do manguito do ombro direito.

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

1) Dor e limitação de movimento do ombro direito.
Tratamento: Analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia.
23/09/18

2) Dor e limitação de movimento do ombro direito.
Tratamento: Analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia.



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Exames / Exames

Exame com punção de guilhotina no
membro superior de emergência
devido a dor de punção de guilhotina
na mão esquerda
Tratado com procedimento
e encaminhado para o serviço de emergência

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente ☐ Familiar ☐

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente ☐ Familiar ☐

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Ass Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadui-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ Internamento ☒

Condição da Alta

() Curado () Melhorado () Ingerado () Óbito

Data: ____/____/____

Hora: _____

Médico: _____

CRM: _____

6/23/2018 11:37:19 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

NOME: Maria Aparecida de Medeiros

REG.: 119950

DATA DE NASCIMENTO: 29 / 10 / 1976

DATA DA CIRURGIA: 26 / 06 / 15

DIAGNÓSTICO: Fratura Radio no 5º met
4ª falange, 1º metacarpo

TRATAMENTO: Cirurgia 4ª falange, 1º metacarpo

DATA DO RETORNO: 24 / 07 / 18

MOTIVO DO RETORNO: Inclusão maxilar
por tratamento 90 dias

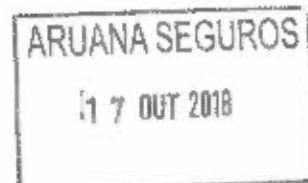
Dr. Marilton V. Costa
Ortopedia
CRM - 5980

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018



NOME: Maria Augusta de Holanda

LAUDO MÉDICO



O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura de humerus direito CID-10: S52.3, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

26/02/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

84 cm de altura 57 anos atualmente
em tratamento no trabalho 01/10/18

Bezerros, 18, 05, 18. 4 Vts Embelesado

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
ERM-5980

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 12/03/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 12/03/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Elias José da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta do fêmur esquerdo	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Fixação com haste intramedular Bloqueio	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

ARQUIVADA
25 SET 2019

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Dano + Encurtamento + Perda funcional
2ª NA DE 50% DO MEMBRO INFERIOR
3ª ESQUERDO
4ª
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12/03/19 A 12/03/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		Dr. Marcos Bezerra Ortopedia e Traumatologia Opendas do Fimbro e Casvelo CRM: 14.941 / TEO: 2036
LOCAL: CAMARÁ	DATA: 12/09/19	
LOCAL: DATA: ASSINATURA E CARIMBO		

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23/06/18 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/06/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MARIA APARECIDA DE ALMEIDA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura do Rádio Direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Fixação com placa e parafusos

ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	Doa + imobilização dos movimentos
2º	do Antebraço direito - 50%.
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 10/01/19
02/05/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Local: Curitiba, DATA: 02/05/19

Dr. Marcos Bezerra
Tratamento de Traumatologia
Ortopedia e Cirurgia
CNPJ nº 12.123.456

ASSINATURA E CARIMBO

RUANA SEGURODORA
06 MAI 2019



HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 423657

Prontuário: 320512

Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data Nasc.: 29/10/1978

Idade: 41

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02791091483

RG: 602103101

CNS: 163962029060018

Endereço: RUA CICERO LAURENTINO

Nº: 82

Bairro: VILA CIPO

Cidade: LAGOA DOS GATOS

Estado: PE

CEP: 55450000

Fone: 712 3638

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: MARIA NAZARE DE JESUS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO

Data: 23/09/2018

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Força e dor na articulação do ombro direito.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Edema e limitação de movimento

Diag. Provisório:

Fratura do Manguito do Ombro e lesão do tendão do manguito do ombro direito.

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

① Dor e limitação de movimento do ombro direito.
Prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios.
23/09/18

② Fazer exame físico e radiológico do ombro direito.
MJD



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Exame / Exames

Exame com punção de guilhotina no
médulo cervical de emergência
devido a dor de pescoço há 10 dias
na nuca.
Tratado com paracetamol
e não há alívio da dor.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente ☐ Familiar ☐

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente ☐ Familiar ☐

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Ass Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadui-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento

Condição da Alta

() Curado () Melhorado () Ingerado () Óbito

Data: ____/____/____

Hora: _____

Médico: _____

CRM: _____

6/23/2018 11:37:19 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Maria Aparecida de Medeiros

REG.: 119950

DATA DE NASCIMENTO: 29 / 10 / 1976

DATA DA CIRURGIA: 26 / 06 / 15

DIAGNÓSTICO: Fratura Radio no 5º met
4ª falange, 1º metacarpo

TRATAMENTO: Cirurgia 4ª falange, 1º metacarpo

DATA DO RETORNO: 24 / 07 / 18

MOTIVO DO RETORNO: Inclusão aparelho
por tratamento 90 dias

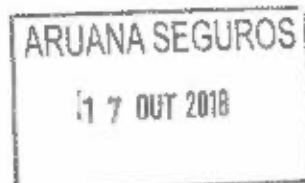
Dr. Marilton V. Costa
Ortopedia
CRM - 5980

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018



NOME: Maria Augusta de Holanda

LAUDO MÉDICO



O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura de humerus direito CID-10: S52.3, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

26/01/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

84 cm de altura 57 anos atualmente em tratamento no trabalho 01/10/18

Bezerros, 18, 05, 18. 4 Vts Embelesado

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
ERM-5980

RECEITUÁRIO

DATA

13/11/2018

NOME:

Maria Aparecida de F. Silva

Laudo Médico

A paciente acima
referida foi por mim
examinada e / exame
da diálise do Rácho (1)
CID 10: 552.3, tendo
sido submetida a 1^o
cirúrgico em 26/06/2018
e a 2^a Ambulatorial
em 18/09/2018

ARUANA SEGURODORA
19 NOV 2018

José Roberto Albuquerque
MÉDICO
CRM 20.151

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICHARDO GUMBLETON DAUNT

8660-3

5A653952

Maria Aparecida de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 60.210.310-1 1 via DATA DE
EXPEDIÇÃO 05/08/2015

NOME
MARIA APARECIDA DE HOLANDA

FILIAÇÃO
COLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA
MARIA NAZARÉ DE JESUS

NATURALIDADE
LAGOA DOS GATOS - PE

DATA DE NASCIMENTO
29/10/1976

DOC ORIGEM
LAGOA DOS GATOS - PE LAGOA DOS GATOS CC:LV.B03 /FLS.115V/
Nº00827

CPF
027910914/83

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICHARDO GUMBLETON DAUNT

8660-3

5A653952

Maria Aparecida de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 60.210.310-1 1 via DATA DE
EXPEDIÇÃO 05/08/2015

NOME
MARIA APARECIDA DE HOLANDA

FILIAÇÃO
COLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA
MARIA NAZARÉ DE JESUS

NATURALIDADE
LAGOA DOS GATOS - PE

DATA DE NASCIMENTO
29/10/1976

DOC ORIGEM
LAGOA DOS GATOS - PE LAGOA DOS GATOS CC:LV.B03 /FLS.115V/
Nº00827

CPF
027910914/83

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

078-23



JOÃO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.664.677 01/02/2013

<< JOÃO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA >>

<< EUCLIDES ALVES DA SILVA JUNIOR >>

<< KATIA REJANE ARAUJO BARBOSA >>

DIADEMA - SP 18/11/1996

<< CN. 147345 L.246A F.178F CART. DIADEMA-SP 22.11.1996 >>

120.046.114-21

ASSINADO DEBETUS

LEI Nº 7.113 DE 29-08-83

R F-53 96.362 4323

Handwritten signature and scribbles

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014205342345
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 915222400 R.N.T.R.C. 9028C08107R148302 EXERCÍCIO 2018

NOME JOSE ROSENEDSON DE OLIVEIRA

AGRESTINA-PE

CPF / CNPJ 126.800.179-27 PLACA KKA7732

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9028C08107R148302

ESPECIE TIPO FASE / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL. 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª *****

IPVA 2018 QUITADO 2ª *****

FAIXA LVA ***** PARCELAMENTO / COTAS 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

AGRESTINA-PE LOCAL DATA 26/04/18

Caroline Andreza Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205342345 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ROSENEDSON DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

AGRESTINA-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 26/04/18

VIA 1 CPF / CNPJ 126.800.179-27 PLACA KKA7732

RENAVAM 915222400 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2007 CAP. / POT. 09 CHASSI 9028C08107R148302

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAG. PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Aparecida de Morende
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 027.910.914-83
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Gabriel Mendes Gomes de Souza
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIUS PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Juvêncio Pereira net.
 Nº 252 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
 CIDADE Caruaru UF PE CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9.9666-6746
9.9254-7533

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 9.9666-674
 ASSINATURA João Gabriel B. Mendes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME ARJANA SEGUROS
 ASSINATURA 17 OUT 2018
Natália F. Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546771 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO EM 1,5 CM, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO COTOVELO GRAU II, AFIRMA DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546771 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 25/01/2019 - SEM SEQUELA.
@1 / @2 - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MARIA APARECIDA DE HOLANDA RG: 60.210.310-1 CPF: 027.910.914-83 Endereço: RUA VILA DO GIPO, N° 60, LAGOA DOS GATOS - PE

Outorgado: JOÃO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA RG: 9.664.677 CPF: 120.046.114-21 Endereço: AV. MIGUEL PEREIRA NETO, N° 250, CENTRO / CURUPÁ - PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima MARIA APARECIDA DE HOLANDA RG: 60.210.310-1 CPF: 027.910.914-83

Lagoa dos Gatos, 06 de Agosto de 2018



Maria Aparecida de Holanda

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO - LAGOA DOS GATOS - PE
Titular: EDINIA ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Telefone: (81) 3692-1003

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARIA APARECIDA DE HOLANDA; dou fé. Em testemunho da verdade. Empl. R\$2,42 - TENC. R\$0,78 - FERC. R\$0,39. YDSON ALVES VIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA - Substituto.

Selo: 0076422.1803201801.0249 06/08/2018 09:14:27
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392249/18

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE
HOLANDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA : 120.046.114-21

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA : 027.910.914-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA
CPF: 120.046.114-21

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329052/19

Número do Sinistro: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 10/06/2020
Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA
CPF: 027.910.914-83

MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira
CPF: 089.616.657-07

Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329052/19

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE
HOLANDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA : 120.046.114-21

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA : 027.910.914-83

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 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: 23/09/2019
Nome: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA
CPF: 120.046.114-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA