

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Administrador/infope/xm/VBOEPreview...



Órgão competente / Governo:

NOTA DE VISTAS DA SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 160º CIRCUNSCRIÇÃO - ITAIBA
 DP160ºCIRC DINTER2/19ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0250000015

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/01/2017 às
 11:57

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 7/11/2016 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE ITAIBA, 1, SITIO MANUINO -
 Bairro: CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: PROPRIEDADE RURAL

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SA

06 SET 2013

PROTOCOLO
 AGENCIA RECIFE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR / AGENTE)
 ROSIANE RODRIGUES JACINTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
 ROSIANE RODRIGUES JACINTO

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

ROSIANE RODRIGUES JACINTO (presente no plantão) - Sexo: Feminino Nis:
 CICERA RODRIGUES LINS P/rl JOSE RODRIGUES LINS Data de Nascimento: 16/4/1974
 Naturalidade: ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7737607303/PE (RG) Estado
 Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAIBA, 1, SITIO MANUINO - CEP: 8 - Bairro: CENTRO
 - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL

PREJUDICADO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
 INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSIANE RODRIGUES JACINTO**
 Câmbio: Manual/Modelo: MOTOCICLETA MONOCILINDRICO NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A
 Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

etim de Ocorrência

file:///C:/Users/Administrador/infopol/xm/BOEPreview...

Placa: **PFY5583** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **509030289** Chassi:
BG3NC4220CR084444
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GÁSOLINA**
 Descrição: **PROPRIETÁRIO CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELO**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SE DESLOCAVA POR UMA ESTRADA DE TERRA EM UMA MOTOCICLETA NO SITIO MANUINO E QUE REPENTINAMENTE ENTROU UM JUMENTO NA ESTRADA E QUE PARA NÃO COLIDIR COM O MESMO, A VITIMA ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR E TER LESÕES NO JOELHO DIREITO. A VITIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL LOCAL DE ITAIBA PARA RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS.

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

x Rosiane Rodrigues Jacinto
ROSIANE RODRIGUES JACINTO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDAIRES NUNES ALEXANDRE** - Matrícula: **272718-2**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SINISTRO ou RSL:

3 - CPF da vítima:
869.667.234-874 - Nome completo da vítima:
Rosiane Rodrigues Jacinto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUINEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:
Rosiane Rodrigues Jacinto7 - Profissão:
Agricultora6 - Endereço:
Sítio Lagoinha11 - Bairro:
Zona Rural12 - Cidade:
Itaíba

15 - E-mail:

13 - Estado:
Pe8 - CPF:
869.667.234-87

222

14 - CEP:
56350-000

16 - Tel.(DDD):

10 - Complemento:
Casa

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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 comprovará anexo [ANEXAR CóPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativar uma opção)

Banco do Brasil (001) Itaú (312)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Nota se houver)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4996

(Inserir o dígito se exibir)

CONTA: 7668

(Inserir o dígito se exibir)

5

(Inserir o dígito se exibir)

(Inserir o dígito se exibir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 [escrever uma das opções]:

- Não há IML que atende 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 acimacitado, sofrito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.138/74, art. 3º, §3º, 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.

23 - DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima:

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Filhos:

nascidos (parêncesis)?

 Sim Não

31 - Vítima:

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Irmãos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou

pais/mais vidas?

 Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte de outros beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer renúcia ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34

Informações

que auxiliam

a identificação

do beneficiário

que assinou

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itaíba-Pe, 05/07/2019

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019



GOVERNO DO PIAUÍ

Rua da Paz, S/N - Centro - Itaíba/PE
CNPJ: 11.286.382/0001-88 - Fone (87) 3849-1145 / 3849-1574



Unidade Mista João Vicente

FOLHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

CÓDIGO PROCEDIMENTO	ESPECIALIDADE	TIPO	ATENDIMENTO	FICHA N°
				DATA <u>02/11/26</u> HORA DA ENTRADA: <u>19:20</u> HORA DA SAÍDA: <u>23:20</u>

Nome: Rosane Rodrigues Ferreira Idade: 92

Nome do pai: José Rodrigues Ferreira Nome da mãe: Eduarda Rodrigues Ferreira

Profissão do paciente: agricultor acomp. por: Antônio Carlos Ferreira

Endereço: Sítio Manuino cidade: Itaíba

Resp. pelo procedimento:

Campo médico: (queixas, sintomas, histórias, duração e evolução da doença)

Paciente denunciava dor intensa na articulação queimando - u de dor
muito forte durante após queda da moto.

Exame físico:

PA: 120x80 Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Hipóteses Diagnósticas:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Conduta: Encaminhada para o hospital.

Nádia Manuela M. do Vale
Enfermeira
COREN-PE 11475-17

Médico - CRM

COMPREV
COMPRAR VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
06 AGO 2019

PRÓTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº _____, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que residuo no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____

25/08/2019

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1399328557

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167

Ligações Gratuitas de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligações Gratuitas de telefones fixos e tarifadas

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
ANTONIO CARLOS JACINTO

DATA DE VENCIMENTO
13/08/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

06/08/2019

CONTA CONTRATO
7010545328

ENDEREÇO
SI LAGOINHA 222 - SITIO
LAGOINHA/ITAIBA RURAL - 56550-000
ITAIBA PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 50,44

DATA DA APRESENTAÇÃO
06/08/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
072216003

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
05/07/2019 a 06/08/2019

CONSUMO
14

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
7010545328

MÊS/ANO
08/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 50,44

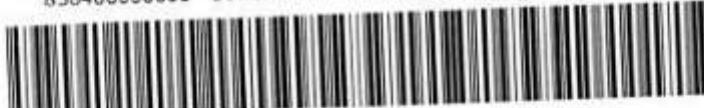
VENCIMENTO
13/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838400000006 504400110070 010545328109 141322204236





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO (1802837)

Admissão: 236294

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, ROSIANE RODRIGUES JACINTO é portador do diagnóstico:
LESÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.

CID: M23.8

Permaneceu internado do dia 22/12/2015 a 24/12/2015, sendo submetido a tratamento ortopédico em 23/12/2015.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 180 (CENTO E OITENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 23/12/2015.

Hospital Universitário de Artes
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Dra. Moreno

STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS – CREMEPE: 11327

RETORNO: 30/12/16

LICAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS :00HS

MÉDICO: STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS

OBS: Documentos originais para o INSS

01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/12/2016 as 10:53

Dr. (a) STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS

CRM: 11327

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO 2019

Página 1 de 1

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO (110000)

Admissão: 236294

Procedência: ENFERMAGEM (ADMISSIONE INTERNO)

Enfermaria:

LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

Diagnóstico Pré-Operatório

LESÃO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL • MENISCO PLASTA • LESÃO CONDRAL EM JOELHO *

Cirurgia Realizada

RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL • MENISCECTOMIA • CONDROPLASTIA + SINOVECTOMIA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA. ASSEPSIA + ANTISEPSIA. NOVA DEGERMAÇÃO E APOSIÇÃO
CAMPOS CIRURGICOS.

INCISAO ANTERO-MEDIAL OBLIQUA PROXIMAL Perna, SENDO RETIRADO ENXERTO DOS ISQUIOTIBIAIS
(SEMITENDINOSO E GRACIL)

CONFECÇÃO DE PORTAIS ARTROSCOPICOS JOELHO. DURANTE MAPEAMENTO ARTROSCÓPICO INICIAL FOI
OBSERVADO LESÃO CONDRAL EM CFM. OBSERVADO SINOVITE, LESÃO EM MENISCO MEDIAL E OBSERVADO
LESÃO LCA. LCP INTEGRO

REALIZADA CONDROPLASTIA, MENISCOPLASTIA E SINOVECTOMIA COM AUXÍLIO DO SHAVER. RETIRADO LCA
NATIVO.

CONFECIONADO TUNEL FEMORAL.

FIXADO ENXERTO COM GRAMPOS EM TOPOGRAFIA ANTERIOR DA PORÇÃO DISTAL DO LCM (TIBIAL)

PASSAGEM DO ENXERTO ATRAVÉS DO CANAL FEROMAL E FIXADO COM PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA

OBSERVADO ENXERTO EM BOM POSICIONAMENTO E ADEQUADAMENTO TENSO. OBSERVADO BOM RESULTADO AO
EXAME CLÍNICO PÓS-OPERATÓRIO. ESVAZIAMENTO ARTICULAR, SUTURA, CURATIVO. RETIRADO TORNIQUETE
E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL DO MEMBRO OPERADO.

MATERIAIS UTILIZADOS

LÂMINA DE SHAVER: 01 / PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA METÁLICO: 01 / GRAMPO: 03

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/12/2016 as 11:00

Suplente: Dr. (a) Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
CRM: 11327

Dr. (a) STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS

CRM: 11327

Página 1 de 1

COMPREV

COMP-RV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 AGO 2010

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Dr. Fred Veras
Rheumatologia
CRM 6488-PE CPF 129099314-34

Roscane Rodrigues Jacinto

Paciente vítima de acidente de trânsito por colisão moto animal de grande porte no dia 07 de novembro de 2016 em estrada vicinal de Itaíba - PE deu entrada no Hospital Municipal local e transferido para Hospital Armando Moura - Jaboatão- PE onde recebeu atendimento médico para- reparação cirúrgica lesão do ligamento LCM recebendo alta hospitalar 24 de dezembro de 2016 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 11 e maio de 2017.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de politraumatismo no joelho D com desarranjo completo o seu compartimento interno com instabilidades anterolateral Peyer ++ McMurray +++, cicatriz cirúrgica na face anterior em L invertido atrofia de 7% da musculatura do quadriceps D perda de 20% de força motriz do MMIIID com claudicação na marcha bloqueio articular aos movimentos passivos por comprometimento do menisco medial e déficit de 60% para flexão 30% para extensão e instabilidade motora de 35%.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado mau prognóstico pois evoluirá para gonartrose pós traumática.

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 10 de julho de 2019



Dr. Fred Veras
Rheumatologia
CRM 6488-PE CPF 129099314-34

Av. Apolinário Veras 611, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304





Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Admissão: 236294

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leitor: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data 1 / 1

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, ROSIANE RODRIGUES JACINTO é portador do diagnóstico:

CID: M23.8

Permaneceu internado do dia 22/12/2016 a 24/12/2016, sendo submetido a tratamento ortopédico em 23/12/2016.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 180 (CENTO E OITENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 23/12/2016

- article Armando Mauro
- die Unserverachtlos

Hospital Materno-Infantil
Sembra de Vasconcelos
Calle 11327
Dpto. 1106
Bogotá

STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS – CREMEPE: 11327

RETORNO: 30/12/16

LÍCIAL: HOSPITAL ARMANDO MOURA AS :0DHS

MÉDICO: STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cípia simples fino com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/12/2016 - 10:53

[View all posts](#)

© 2007 Arminio Moura
natura M. de Vasconcelos
CRM: 11377

Hospital Maternidade Joaquim Moniz
Santos Dum. da Vilaconceição
CEP 11.327
Centro - Ubatuba

Dr. (a) STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS
CRM: 11322

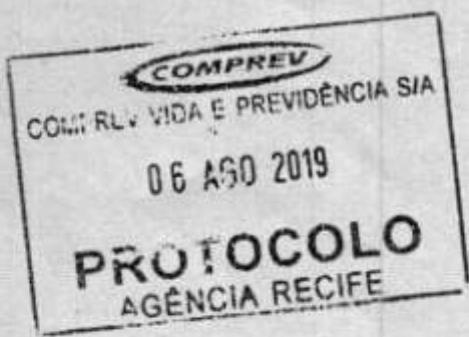
COMPREU
Página 4 de 3

06 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Contato Policia: (87) 9.9988-5158
(87) 9.9243-8886





C P F

33 572 443 83 7-88



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Fazenda Federal do Brasil
COMPROVANTE DE DESCARGA DO CPF
(VALIDO somente com documento de identificação.)
Nº do CPF: 000.007.234-47
Nome: ROQUE ROBBIDES JACINTO
Data de Nascimento: 15/04/1974
Comprovante emitido às 09:43:22 de dia
19/05/2015 (hora e data de Brasília)
Código de Controle do Comprovante:
WZE.2BA.WX.471
Número Verificador: W



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

BENDTRX

CONTROLE

DETAN - PE		NR. 012804765212
CERTIFICADO DE TRÂNSITO E LICENCIAMENTO DE VÍCULO		
PLACA	DATA-VALIDADE	EXPIRODO
1 509000288	2015	2016
CARLOS ALBERTO		
ITAPÉ - PE		
217-702-624-52	PLACA	2278553
PLACA ANT.	DATA	2012-02-01
217-702-624-52	2012-02-01	PEP001441
PAIS / MIGRAÇÃO		
HONDA/CB 200R		
CAP / POF / CL	CATEGORIA	DATA DE VENCIMENTO
2P/2S1CL	PARTIC	2012 - 2016
I P V A	VENC. COTA ÚNICA	VENDO / VENDE
II/VA 2015 QUITADO	1º VENCIMENTO	2º VENCIMENTO
FIM/ALTA/VA	PERMUTAMENTO / ECOS	PERMUTA / ECOS
PRÉMIO TARIFÁRIO		
SEGURADO OBRIGATÓRIO		
SEM RESERVA - VÍTO DE PÓTE OBRIGATÓRIO		
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA		
ITAPÉ	DATA	07/05/16
Assinatura do Segurado e Firma do Detran		
DETAN - MINISTÉRIO DAS CIDADES/PE		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES NO TRÂNSITO OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE NR. 012804765212 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELO
217-702-624-52 00003 56550-01
CASA CENTRO ITAPEA-PE

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 021 1204

DESPONTO	DATA DE EMISSÃO
2016	07/05/16
CPF / CNPJ	PLACA
217-702-624-52	2278553
MARCA / MODELO	Nº CHP
HONDA/CB 200R	PCRNCG2Z0CR001441
ANO M/AL	DATA
2012	02
PRÉMIO TARIFÁRIO	
DESPONTO	CUSTO DO SEGURO
00003	R\$ 0,00
DATA DE EMISSÃO	VALOR PRÉMIO DESCONTO
07/05/16	R\$ 0,00
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.294.888/0001-44	
www.seguradolarider.com.br	
AVERTIMENTO: ESTAMPE O BILHETE DO SEGURO DPVAT QUE NÃO É DE PÓTE OBRIGATÓRIO.	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266665/19

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

CPF: 869.667.234-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/11/2016

Titular do CPF: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROSIANE RODRIGUES JACINTO : 869.667.234-87

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: 06/08/2019
Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO
CPF: 869.667.234-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ROSIANE RODRIGUES JACINTO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do atestado ou ASL: 3 - CPF da vítima: 869.667.234.87
4 - Nome completo da vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> ROSIANE RODRIGUES JACINTO	6 - CPF: <input type="text"/> 869.667.234-87		
7 - Profissão: <input type="text"/> AGRICULTORA	8 - Endereço: <input type="text"/> SITIO LAGOINHA	9 - Número: <input type="text"/> 222	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> ZONA RURAL	12 - Cidade: <input type="text"/> ITAIBA	13 - Estado: <input type="text"/> PE	14 - CEP: <input type="text"/> 56550-000
15 - E-mail: <input type="text"/>		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/>	

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: <input type="text"/>	18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
--	--	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

22 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> BRASIL
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (304)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 2156	3	CONTA: <input type="text"/> 15.548	9
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

23 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realize perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regiões 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 que venha a ser apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, a este estabelecimento da Seguradora Lider 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 discorde do seu conteúdo.

COMPRESV
COLT R. S.A. E PREVIDÊNCIA S/A

06 NOV 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Neta(neto) <input type="checkbox"/> Nave(nave) <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Nave(nave) <input type="checkbox"/> Neta(neto)	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---	--	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro(s) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver)

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ITAIBA-PE, 26/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464433 **Cidade:** Itaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO **Data do acidente:** 07/11/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO, COM LESÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.

Descrição do exame físico: APRESENTA RIGIDEZ EM JOELHO DIREITO MODERADA AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS, DEAMBULAÇÃO CLAUDICANTE, INSTABILIDADE NO JOELHO MODERADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO + MENISCECTOMIA + CONDROPLASTIA + SINOVECTOMIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02156-3

CONTA: 00000015548-9

Nr. da Autenticação 66B32C6A602D9964

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464433

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Data do Acidente: 07/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIANE RODRIGUES JACINTO

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464433

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Data do Acidente: 07/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSIANE RODRIGUES JACINTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue não permite a leitura completa das informações.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples do Cadastro de Pessoa Física - CPF da vítima, com situação cadastral regular junto à Receita Federal do Brasil, pois a entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464433

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Data do Acidente: 07/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSIANE RODRIGUES JACINTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue não permite a leitura completa das informações.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464433

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Data do Acidente: 07/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSIANE RODRIGUES JACINTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.

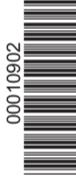
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464433

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Data do Acidente: 07/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROSIANE RODRIGUES JACINTO

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.

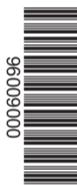
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464433

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Data do Acidente: 07/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190464433

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Data do Acidente: 07/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIANE RODRIGUES JACINTO

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\$ 2.531,25
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: **ROSIANE RODRIGUES JACINTO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **000002156-3**

Conta: **0000015548-9**

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, retorno 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SINISTRO ou RSL: 3 - CPF da vítima:

869.667.234-87

4 - Nome completo da vítima:

Rosiane Rodrigues Jacinto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUINP NF 446/2012

5 - Nome completo: Rosiane Rodrigues Jacinto		6 - CPF: 869.667.234-87	
7 - Profissão: Agricultora	8 - Endereço: Sítio Lagoinha	9 - Número: 222	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural	12 - Cidade: Itaíba	13 - Estado: Pe	14 - CEP: 56350-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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 comprovará o anexo [ANEXAR CóPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativar uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Notas em branco) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (342) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (301) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4996 CONTA: 7668 5

(Inserir o dígito se exibir) (Inserir o dígito se exibir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se exibir) (Inserir o dígito se exibir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 [escrever uma das opções]:

- Não há IML que atende 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 acimacitado, sofrito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.138/74, art. 3º, §3º, 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 UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/mais vidas? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer renúcia ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.



35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

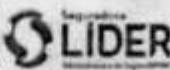
40 - Local e Data, Itaíba-Pe, 05/07/2019

Rosiane Rodrigues Jacinto

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 VOL2/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha opção(s) de cobertura: DAAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do sinistro ou RG: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
869.867.234-87 Rosiane Rodrigues Jacinto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP. Nº 465/2012

5 - Nome completo: Rosiane Rodrigues Jacinto	6 - CPF: 869.867.234-87		
7 - Profissão: Agricultora	8 - Endereço: Sítio Lagoinha	9 - Número: 222	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural	12 - Cidade: Itabira	13 - Estado: Pe	14 - CEP: 56550-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DD)		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) DA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 6 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:

<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 a R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 até R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$0,000,00 até R\$1.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA PÓ-UPANÇA (Número para os bancos abaixo. Assinatura é obrigatória)
 Bradesco (227) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Número da conta)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4996**

CONTA **7668** **5**

AGÊNCIA: _____

CONTA _____

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autógrafo da Seguradora Lider a creditar a conta bancária informada, de minha titularidade, de valor da indenização/benefício do Seguro DPVAT a que me fizer direito, reconhecendo e admitindo, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

SE - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMPL - 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 invalidade permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende 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 acima citado, solicito o prorrogaamento da análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concedendo, desse jeito, em meu favorável, a avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §º, declarando que esta autorização não significa privativa concordância com a futura avaliação médica da existência ou não de lesões.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

22 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte 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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tem filhos, informar: Vivos Falecidos 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros legítimos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tem irmãos, informar: Vivos Falecidos 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e prestarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer declaração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
--	--

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
---	--

38 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - Assinatura da testemunha
--	-------------------------------

40 - Assinatura da testemunha	41 - Assinatura do representante legal (se houver)
-------------------------------	--

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)
--	--

44 - Assinatura do Procurador (se houver)	45 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

46 - Assinatura do Advogado (se houver)	47 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

48 - Assinatura do Testemunha (se houver)	49 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

50 - Assinatura do Procurador (se houver)	51 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

52 - Assinatura do Advogado (se houver)	53 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

54 - Assinatura do Testemunha (se houver)	55 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

56 - Assinatura do Procurador (se houver)	57 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

58 - Assinatura do Advogado (se houver)	59 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

60 - Assinatura do Testemunha (se houver)	61 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

62 - Assinatura do Procurador (se houver)	63 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

64 - Assinatura do Advogado (se houver)	65 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

66 - Assinatura do Testemunha (se houver)	67 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

68 - Assinatura do Procurador (se houver)	69 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

70 - Assinatura do Advogado (se houver)	71 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

72 - Assinatura do Testemunha (se houver)	73 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

74 - Assinatura do Procurador (se houver)	75 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

76 - Assinatura do Advogado (se houver)	77 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

78 - Assinatura do Testemunha (se houver)	79 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

80 - Assinatura do Procurador (se houver)	81 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

82 - Assinatura do Advogado (se houver)	83 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

84 - Assinatura do Testemunha (se houver)	85 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

86 - Assinatura do Procurador (se houver)	87 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

88 - Assinatura do Advogado (se houver)	89 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

90 - Assinatura do Testemunha (se houver)	91 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

92 - Assinatura do Procurador (se houver)	93 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

94 - Assinatura do Advogado (se houver)	95 - Assinatura do Advogado (se houver)
---	---

96 - Assinatura do Testemunha (se houver)	97 - Assinatura do Testemunha (se houver)
---	---

98 - Assinatura do Procurador (se houver)	99 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---

100 - Assinatura do Advogado (se houver)	101 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

102 - Assinatura do Testemunha (se houver)	103 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

104 - Assinatura do Procurador (se houver)	105 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

106 - Assinatura do Advogado (se houver)	107 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

108 - Assinatura do Testemunha (se houver)	109 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

110 - Assinatura do Procurador (se houver)	111 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

112 - Assinatura do Advogado (se houver)	113 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

114 - Assinatura do Testemunha (se houver)	115 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

116 - Assinatura do Procurador (se houver)	117 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

118 - Assinatura do Advogado (se houver)	119 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

120 - Assinatura do Testemunha (se houver)	121 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

122 - Assinatura do Procurador (se houver)	123 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

124 - Assinatura do Advogado (se houver)	125 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

126 - Assinatura do Testemunha (se houver)	127 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

128 - Assinatura do Procurador (se houver)	129 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

130 - Assinatura do Advogado (se houver)	131 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

132 - Assinatura do Testemunha (se houver)	133 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

134 - Assinatura do Procurador (se houver)	135 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

136 - Assinatura do Advogado (se houver)	137 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

138 - Assinatura do Testemunha (se houver)	139 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

140 - Assinatura do Procurador (se houver)	141 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

142 - Assinatura do Advogado (se houver)	143 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

144 - Assinatura do Testemunha (se houver)	145 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

146 - Assinatura do Procurador (se houver)	147 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

148 - Assinatura do Advogado (se houver)	149 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

150 - Assinatura do Testemunha (se houver)	151 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

152 - Assinatura do Procurador (se houver)	153 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

154 - Assinatura do Advogado (se houver)	155 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

156 - Assinatura do Testemunha (se houver)	157 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

158 - Assinatura do Procurador (se houver)	159 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

160 - Assinatura do Advogado (se houver)	161 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

162 - Assinatura do Testemunha (se houver)	163 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

164 - Assinatura do Procurador (se houver)	165 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

166 - Assinatura do Advogado (se houver)	167 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

168 - Assinatura do Testemunha (se houver)	169 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

170 - Assinatura do Procurador (se houver)	171 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

172 - Assinatura do Advogado (se houver)	173 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

174 - Assinatura do Testemunha (se houver)	175 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

176 - Assinatura do Procurador (se houver)	177 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

178 - Assinatura do Advogado (se houver)	179 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

180 - Assinatura do Testemunha (se houver)	181 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

182 - Assinatura do Procurador (se houver)	183 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

184 - Assinatura do Advogado (se houver)	185 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

186 - Assinatura do Testemunha (se houver)	187 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

188 - Assinatura do Procurador (se houver)	189 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

190 - Assinatura do Advogado (se houver)	191 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

192 - Assinatura do Testemunha (se houver)	193 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

194 - Assinatura do Procurador (se houver)	195 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

196 - Assinatura do Advogado (se houver)	197 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

198 - Assinatura do Testemunha (se houver)	199 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

200 - Assinatura do Procurador (se houver)	201 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

202 - Assinatura do Advogado (se houver)	203 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

204 - Assinatura do Testemunha (se houver)	205 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

206 - Assinatura do Procurador (se houver)	207 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

208 - Assinatura do Advogado (se houver)	209 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

210 - Assinatura do Testemunha (se houver)	211 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

212 - Assinatura do Procurador (se houver)	213 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

214 - Assinatura do Advogado (se houver)	215 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

216 - Assinatura do Testemunha (se houver)	217 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

218 - Assinatura do Procurador (se houver)	219 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

220 - Assinatura do Advogado (se houver)	221 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

222 - Assinatura do Testemunha (se houver)	223 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

224 - Assinatura do Procurador (se houver)	225 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

226 - Assinatura do Advogado (se houver)	227 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

228 - Assinatura do Testemunha (se houver)	229 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

230 - Assinatura do Procurador (se houver)	231 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

232 - Assinatura do Advogado (se houver)	233 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

234 - Assinatura do Testemunha (se houver)	235 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

236 - Assinatura do Procurador (se houver)	237 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

238 - Assinatura do Advogado (se houver)	239 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

240 - Assinatura do Testemunha (se houver)	241 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

242 - Assinatura do Procurador (se houver)	243 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

244 - Assinatura do Advogado (se houver)	245 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

246 - Assinatura do Testemunha (se houver)	247 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

248 - Assinatura do Procurador (se houver)	249 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

250 - Assinatura do Advogado (se houver)	251 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

252 - Assinatura do Testemunha (se houver)	253 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

254 - Assinatura do Procurador (se houver)	255 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

256 - Assinatura do Advogado (se houver)	257 - Assinatura do Advogado (se houver)
--	--

258 - Assinatura do Testemunha (se houver)	259 - Assinatura do Testemunha (se houver)
--	--

260 - Assinatura do Procurador (se houver)	261 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	--

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Administrador/Desktop/xm/VBOEPreview...



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 160º CIRCUNSCRIÇÃO - ITAIBA /taiba
DP160ºCIRC DINTER2/19ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0250000015

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/01/2017 às 11:57

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 7/11/2016 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE ITAIBA, 1, SITIO MANUINO -
Bairro: CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: PROPRIEDADE RURAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**PREJUDICADO (AUTOR \ AGENTE)
ROSIANE RODRIGUES JACINTO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
ROSIANE RODRIGUES JACINTO**

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

**ROSIANE RODRIGUES JACINTO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
CICERA RODRIGUES LINS P/ce JOSE RODRIGUES LINS Data de Nascimento: 16/04/1974
Naturalidade: ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7737697/599/PE (RG) Estado
Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAIBA, 1, SITIO MANUINO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO
- ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ROSIANE RODRIGUES JACINTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/MONOC/NAO INFORMADO Objeto apreendido: NAO Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA)**