

Boletim de Ocorrência

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 160ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAÍBA
DP160ªCIRC DINTER2/19ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0250000015

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAÍBA, 1, SÍTIO MANUÍNO -**
Bairro: **CENTRO - ITAÍBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**PREJUDICADO (AUTOR / AGENTE)
ROSIANE RODRIGUES JACINTO (VÍTIMA)**

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 - Mãe:
CICERA RODRIGUES LINS Por JOSE RODRIGUES LINS Data de Nascimento: 16/4/1974
Naturalidade: **ITAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7737607/SDS/PE (RG)** Estado
Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAÍBA, 1, SÍTIO MANUÍNO - CEP: 8 - Bairro: CENTRO**
- ITAÍBA/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
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



etim de Ocorrência

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

Placa: **PFY5563** (PERNAMBUCONÃO INFORMADO) Renavam: **509030289** Chassi: **9C3NC4328CR004444**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PROPRIETARIO CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELO**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE SE DESLOCAVA POR UMA ESTRADA DE TERRA EM UMA MOTOCICLETA NO SÍTIO 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: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **069.067.234-87** 4 - Nome completo da vítima: **Rosiane Rodrigues Jacinto**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PADRÃO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSEF Nº 48/2012

5 - Nome completo: **Rosiane Rodrigues Jacinto** 6 - CPF: **069.067.234-87**
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: **56550-000**
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 comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 citados. Anotar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **4996** CONTA: **7668** 5
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Nódo no banco)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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/ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas de 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 (assinhar uma das opções):

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

Pelo motivo acima, 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 6.134/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa anulação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer renúncia 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 - Imprimir e colar aqui a foto da vítima ou do beneficiário. 35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: _____ 36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: _____ 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória 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 da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Unidade Mista João Vicente
FOLHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

CÓDIGO PROCEDIMENTO	ESPECIALIDADE	TIPO	ATENDIMENTO	FICHA Nº
				DATA <u>02/11/16</u> HORA DA ENTRADA: <u>19:00</u> HORA DA SAÍDA: <u>20:20</u>

Nome: Rosane Rodrigues Pereira Idade: 62
 Nome do pai: João Rodrigues Reis Nome da mãe: Elvira Rodrigues Reis
 Profissão do paciente: sempre-livre acomp. por: Antonio Carlos Pereira
 Endereço: Sítio Maninho cidade: Itaíba
 Resp. pelo procedimento: _____

Campo médico: (queixas, sintomas, histórias, duração e evolução da doença)
Paciente com antecedente de hipertensão arterial sistêmica, apresentando-se com
na cabeça direita após queda de moto.

Exame físico:
 PA: 120 x 80 Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Hipóteses Diagnósticas:
 1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

Conduta: internamento para o tratamento.

Nadia Manuela M. do Vale
 Enfermeira
 COREN-PE 114705-1

 Médico - CRM

COMPREV
 COMISSÃO DE VIGILÂNCIA E PREVIDÊNCIA SIA
 06 AGO 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

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

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

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

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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 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-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
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

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

072216003

CONTA CONTRATO
7010545328

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

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

TOTAL A PAGAR
R\$ 50,44

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 (1402837)

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 22/12/2016 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.

Hospital Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Diretor Médico

STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS - CREMEPE: 11327

RETORNO: 30/12/16

HORARIO: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS :00HS

MÉDICO: STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS

OBS: Documentação original 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

Hospital Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Diretor Médico

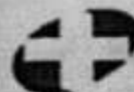
Dr. (a) STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS
CRM: 11327

Página 1 de 1

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO (paciente)

Admissão: 236294

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

Diagnóstico Pré-Operatório

LESÃO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL + MENISCO PLASTIA + 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 + ANTESEPSIA, NOVA DEGERMAÇÃO E APOSIÇÃO CAMPOS CIRURGICOS.

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

CONFEÇÃO DE PORTAIS ARTROSCÓPICOS JOELHO. DURANTE MAPEAMENTO ARTROSCÓPICO INICIAL FOI OBSERVADO LESÃO CONDRAL EM CPM. OBSERVADO SINOVITE, LESÃO EM MENISCO MEDIAL E OBSERVADO LESÃO LCA. LCP ÍNTEGRO

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

CONFECCIONADO 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 INTERFERENCIA

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 MEMBROOPERADO.

MATERIAIS UTILIZADOS

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

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/12/2016 às 11:00

Stemberg M. de Vasconcelos
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327

Dr. (a) STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS
CRM: 11327

Página 1 de 1

COMPREV

COMPLV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

05.100.2010

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Dr. Fred Veras
Rumatologia
CRM 6688-PE CPF 129095314-34

Roseane 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 Armindo 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 Peyr ++ McMurray +++ cicatriz cirúrgica na face anterior em L invertido atrofia de 7% da musculatura do quadriceps D perda de 20% d 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 a caso com o passar dos dias.

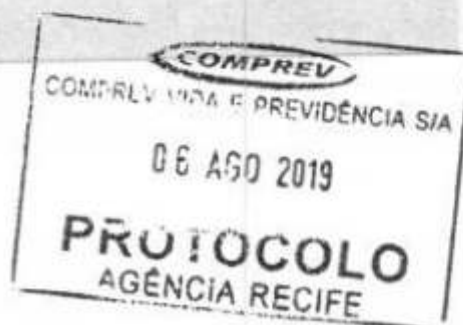
Atenciosamente,

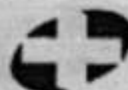
Afogados da Ingazeira, 10 de julho de 2019



Dr. Fred Veras
Rumatologia
CRM 6688-PE CPF 129095314-34

Av. Apurício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO (1602837)

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 22/12/2016 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.

Hospital Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Ortopedia

Hospital Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Ortopedia

STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS – CREMEPE: 11327

RETORNO: 30/12/16

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 10:00HS

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

Hospital Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Ortopedia

Hospital Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Ortopedia

Dr. (a) STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS
CRM: 11327

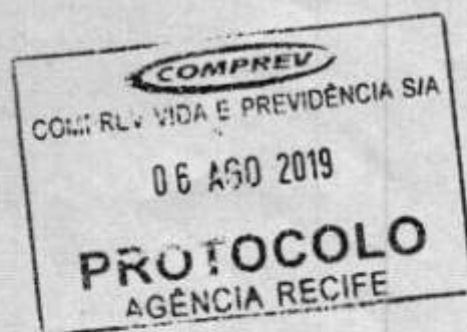
COMPREV
Página 1 de 1
COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SIA

06 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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





CPF

13 57246983 7 0000



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROMISSO DE DEQUISICÃO NO CPF

(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 000.007.234-07

Nome: ROSANE RODRIGUES JACINTO

Data de Nascimento: 15/04/1974

Compromisso emitido às 09:03:22 do dia

15/05/2015 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Compromisso:

79CE.000A.0000.4371

Digito Verificador: 00

COMPREV

COMISSÃO DE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

05 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012804765212
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

AL 1 5098000000 2016

CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELO

ITAIABA - PE

917.703.624-52

PEY8563

PLACA ANT. - UF

CLASS

92283220001441

VEICULO

COMBUSTIVEL

FAS /MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CM 300R

2012 2012

CAP / POT / CL

CATEGORIA

SEM PRECATEGORIA

33/291CL

PARTIC

VEICULO

COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

1 P INVA/2016 QUITADO

1ª

2 V FASE ÚNICA

PRESEMENTO / COTA ÚNICA

2ª

3 A 1

PRESEMENTO / COTA ÚNICA

3ª

PREMIO TRAFEGO PE

COF PE

PREMIO TRAFEGO PE

SEGURO CASO

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

SEM RESERVA

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

PREMIO TRAFEGO PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PRIVADOS CALIBRADO POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VLT. (TRANSFERIR DO FOR. SAU CARCA. A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012804765212 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELO
R/ DOM ABELINO DANTAS 08003 50550-01
CASA CENTRO ITAIBA-PE

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

www.dpvalsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 021 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 07/05/16

PLACA 917.703.624-52 PEY8563

RENTAL 504000255 MARCA/MODELO HONDA/CM 300R

ANO FAB 2012 DETRAN 02 N° CHASSI 9C2NC4910C1001441

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO TRAFEGO PE COF PE PREMIO TRAFEGO PE COTA DO SEGURO PE

COTA DO BILHETE PE COF PE COTA DO BILHETE PE

SEGURO CASO PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PREMIO TRAFEGO PE COTA DO BILHETE PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266665/19

Vítima: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

CPF: 869.667.234-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/11/2016

Titular do CPF: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro 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:

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:

ITAIBA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56550-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.000 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (304)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

2156

3

CONTA:

15.548

9

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

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

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

• 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascido(s))?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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 ou representante legal

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Rosiane Rodrigues Jacinto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

COMPREV
CA E PREVIDÊNCIA S/A
06 NOV 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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: 000000015548-9

Nr. da Autenticação 66B32C6A602D9964

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

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

Carta nº 14669657

Pag. 00457/00458 - carta_03 - INVALIDEZ



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



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



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

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



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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **069.067.234-87** 4 - Nome completo da vítima: **Rosiane Rodrigues Jacinto**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PADRÃO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSEF Nº 48/2012

5 - Nome completo: **Rosiane Rodrigues Jacinto** 6 - CPF: **069.067.234-87**
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 comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 citados. Anotar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
ASÊNCIA: **4996** ☐ CONTA: **7668** ☐ 5
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Nódo no banco)
Nome do BANCO: _____
ASÊNCIA: _____ ☐ CONTA: _____ ☐

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

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

Declaro, sob as penas de 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 (assinhar uma das opções):

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

Pelo motivo acima, 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 6.134/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa anulação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer renúncia 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 - Imprimir e colar aqui a foto da vítima: _____
35 - Nome legível de quem assina a rogatória: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogatória: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória: _____
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 da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do ENEM ou RG: _____ 3 - CPF da vítima: **869.867.234-87** 4 - Nome completo da vítima: **Rosilene Rodrigues Jacinto**

RENDIMENTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLEN Nº 445/2012

 5 - Nome completo: **Rosilene 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: **Itaúba** 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 35 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 citados. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA: **4096** CONTA: **7668** 5 **5** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o reconhecimento 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 do Cuiabá da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 2º, § 2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do contrato de cobertura, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou comparentes(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou comparentes(s), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar falecidos: _____ 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou parentes vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na 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

Assinatura legível do titular ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a regra/pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a regra/pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a regra/pedido: _____

38 - 38 | Nome: _____

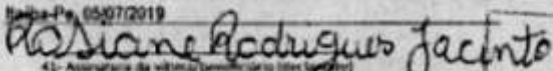
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 39 | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, **Itaúba-Pe, 05/07/2019**


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Boletim de Ocorrência

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 160ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAÍBA
DP160ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0250000015**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAÍBA, 1, SÍTIO MANUÍNO -**
Bairro: **CENTRO - ITAÍBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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** Mãe:
CICERA RODRIGUES LINS Pai: JOSE RODRIGUES LINS Data de Nascimento: **16/4/1974**
Naturalidade: **ITAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7737667/999/PE (RG)** Estado
Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ITAÍBA, 1, SÍTIO MANUÍNO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO**
- **ITAÍBA/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
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/MARCA NÃO INFORMADA** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**