



Número: **0034568-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSIANE RODRIGUES JACINTO (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68757 514	29/09/2020 16:40	<u>2754483_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros (Documento)

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Administrador/infope/xmVBOEPreview...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 160º CIRCUNSCRICAO - ITAIBA - Itaíba
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, SÍTIO MANUINO -
Bairro: CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: PROPRIEDADE RURAL

COMPREV
CONTROLE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

06 SET 2013

PROCOLÓ
AGÊNCIA RECIFE

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvida(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 Pn: JOSE RODRIGUES LINS Data de Nascimento: 18/4/1974 Naturalidade: ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7737607/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAIBA, 1, SÍTIO 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) envolvida(s)

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



Relatório de Ocorrência

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

Placa: **PFY5563** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **589038289** Chassi: **BC3NC4220CR004444**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**
 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 neste unidade policial

x Rosiane Rodrigues Jacinto
ROSIANE RODRIGUES JACINTO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDAIRES NUNES ALEXANDRE** - Matrícula: **272718-8**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
 Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do atestado ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Rosiane Rodrigues Jacinto	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PADÃO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER MP 46/2012

5 - Nome completo: Rosiane Rodrigues Jacinto		6 - CPF: 889.887.234-87
7 - Profissão: Agricultora	8 - Endereço: Sítio Lagoinha	9 - Número: 222
10 - Bairro: Zona Rural	11 - Cidade: Itaba	12 - Estado: Pé
		13 - CEP: 56350-000
14 - E-mail:		
15 - Tel.(DDD):		

DADOS CADASTRAIS

PADÃO DE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.000 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 (PAIS, CURADOR/TUTORE)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexar uma agência)
 Bradesco (2307) Itaú (3412)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Somente os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4996 CONTA: 7668 5 (Informar o dígito se excluir) (Informar o dígito se excluir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se excluir) (Informar o dígito se excluir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/avaliação 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 CORTELAURA 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 invalides 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, solicito o preenchimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTELAURA 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:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	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: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não falecidos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	32 - Se tem irmãos, informar: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/idos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem esta condição, entendo, ainda, de que qualquer mentira ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

NOVO AFIRMATIVO

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, _____

Rosiane Rodrigues Jacinto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegado)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





Rua da Paz, S/N - Centro - Itaiba/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: 02/11/20 HORA DA ENTRADA: 19:20 HORA DA SAÍDA: 19:20

Nome: Rosane Rodrigues Ferreira Idade: 52
Nome do pai: José Rodrigues Ferreira Nome da mãe: Elcione Rodrigues Ferreira
Profissão do paciente: agricultor acomp. por: Antônio Carlos Ferreira
Endereço: Sítio Manoelino cidade: Itaiba
Resp. pelo procedimento:

Campo médico: (queixas, sintomas, histórias, duração e evolução da doença)
Paciente deu entrada na unidade querendo-se de que
me faltou dizer que fui de moto.

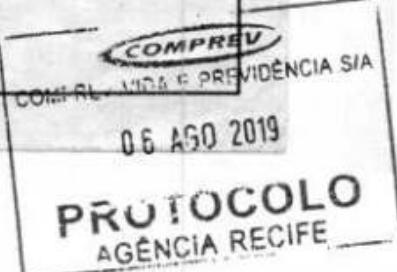
Exame físico:
PA: 120x80 Pulso: Temperatura: Peso:

Hipóteses Diagnósticas:
1. 2.
3. 4.

Conduta: acompanhá-la para o hospital.

Nadia Manuela M. do Vale
Enfermeira
CUREN-PE 11478-1

Médico - CRM



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: _____



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-
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

TOTAL A PAGAR
R\$ 50,44

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 -SITIO
LAGOINHA/ITAIBA RURAL -56550-000
ITAIBA PE -

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

CONSUMO
14

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 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.

838400000006 504400110070 010545328109 141322204236



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?dest=1&cdd... 1/1
autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?dest=1&cdd...

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 6



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO (1802375)

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

STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS – CREMEPE: 11327

RETORNO: 30/12/16

LOCAL: 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

Hospital e Maternidade 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 7



Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO

Admissão: 236294

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

Diagnóstico Pós-Operatório

LESÃO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL + MENISCO PLAESTA + LESÃO CONDRAL EM JOELHO *

Cirurgia Realizada

RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL + MENISCOLISECTOMIA + 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 PERNAS, SENDO RETIRADO ENXERTO DOS ISQUITIOBIAIS (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. EVAZIAMENTO 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

Signatura de: Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
CRM: 11327

Dr. (a) STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS

CRM: 11327

Página 1 de 1

COMPREV
COMPRLV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

05 AGO 2010

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Dr. Fred Veras
Rheumatologia
CRM 6488-PE CPF 129095314-34

Rosane 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% d força motriz do MMID com claudicação na marcha bloqueio articular aos movimentos passivos e 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.

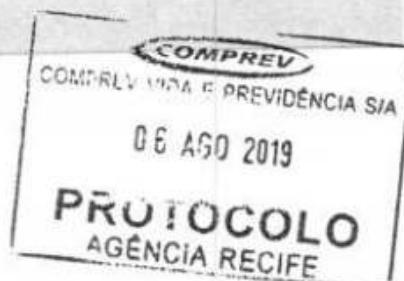
Atenciosamente,

Aflogados da Ingazeira, 10 de julho de 2019



Dr. Fred Veras
Rheumatologia
CRM 6488-PE CPF 129095314-34

Av. Apuríco Veras 411, Centro, Aflogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304





Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO (1602837)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Admissão: 236294

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
de Vasconcelos
CRM: 11327

Hospital e Maternidade Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Doutor Médico

STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS – CREMEPE: 11327

RETORNO: 30/12/16

ICMS: 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

Hospital Armindo Moura
de Vasconcelos
CRM: 11327
Doutor Médico

Hospital e Maternidade Armindo Moura
Stemberg M. de Vasconcelos
CRM: 11327
Doutor Médico

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

COMPREV
Página 1 de 1
COMPRIVIA E PREVIDÊNCIA S/A

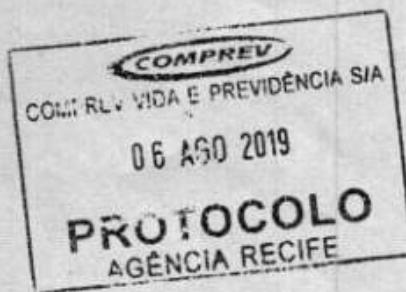
06 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 11

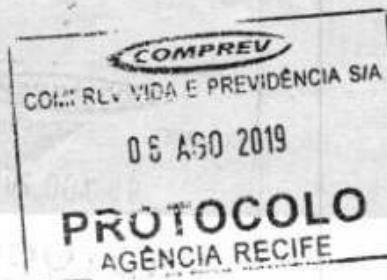


CPF

572.463.833-7.16.00



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Fazenda Federal do Brasil
COMPROMISSO DE DESCRIÇÃO DO CPF
(Valido somente com documento de identificação.)
Nº do CPF: 000.007.234-07
Nome: ROSSANE RODRIGUES JACINTO
Data de Nascimento: 15/09/1974
Comprimento emitido às 09:03:22 de dia
10/05/2015 (hora e data de Brasília)
Código de Controle da Comprimento:
YCE.000A.000.431
Digitado Verificador: 00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 012804765212
CERTIFICADO DE REGISTRO E ALIENIAÇÃO DE VÉHICULO

1	5098012382	1	2016
CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELLO			
ITAITA - PE			
317-702-624-53		80785563	
PLACARANT	DATA	CHASSI	
*****	2012	PC2NC4220C1001441	
PÁS / MOTOCICLÍSTICO		COMBUSTÍVEL	
HONDA/CB 200R		GASOLINA	
CAP / PTO / DL		2012	2012
3P/221CL	PARTEC	SON FREDY WILLETT	VERMELHA
1	COTA UNICA	VEND. COTA UNICA	VEND. PÓRTA
P	IPVA 2016 QUITADO	1º VENCIMENTO	2º VENCIMENTO
V	FAZENDA FED.	REGISTRAÇÃO / DOCUMENTO	REGISTRAÇÃO
A	1	2012	2012
PRÉMIO TARIFÁRIO			
SEGURADO PAGO / RIO OBRIGATÓRIO			
SEM RESERVA CONTRATO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
ITAITA		DATA 07/05/16	
OBRIGATÓRIO: OBRIGATÓRIO: OBRIGATÓRIO: OBRIGATÓRIO: OBRIGATÓRIO: OBRIGATÓRIO: OBRIGATÓRIO: OBRIGATÓRIO: OBRIGATÓRIO:			

DETRAN

CONTINHA

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE TANOS PESSOAS CAUSADAS POR SINOS AUTOCOTORES E/OU TRANSPORTES POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE N° 012804765212 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELLO
AV. DOM ADELINO DANTAS 08000 56550-00
CASA CENTRO ITAITA - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE DOBRENTURA
www.dpvalsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA	2016	DATA DE VENCIMENTO	07/05/16
PLACA	317-702-624-53	CPF / CNPJ	80785563
REG. FAB	446000255	MARCA / MODELO	HONDA/CB 200R
REG. FAB	2012	NR. CHASSI	PC2NC4220C1001441
PRÉMIO TARIFÁRIO			
SEGURADO PAGO			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 00.216.000/0001-04 www.seguradoralider.com.br			
AVERTIMENTO: O BILHETE DE SEGURO DPVAT NÃO É DE PORTE 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 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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 14



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº doório 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:

SITIO 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 (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MEMOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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 (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (217) Itaú (361) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 2156

CONTA: 15.548

(Inserir o dígito se maior)

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 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 ressarcimento da 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 apresentei sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, a critério 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.

CORPREV - COOPERATIVA DE PREVIDÊNCIA S/A

06 NOV 2019

PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE

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 teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (menino):

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

 Não

Este cliente 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 cobrança de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

NÃO AUTODECLARADO

TESTEMUNHAS

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

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

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

ROSIANE RODRIGUES JACINTO

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019

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 APRESENTA RIGIDEZ EM JOELHO DIREITO MODERADA AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS, DEAMBULAÇÃO
físico: 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 MANTÉMOS 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 17



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

Carta nº 14663547

Pag. 01341/01342 - carta_01 - INVALIDEZ



00020671



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 18



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

Carta nº 14669657

Pag. 00457/00458 - carta_03 - INVALIDEZ



00040229



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 19



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

Pag. 01917/01918 - carta_03 - INVALIDEZ



00010959

Carta nº 14753594



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 20



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

Pag. 01803/01804 - carta_03 - INVALIDEZ



00010902

Carta nº 14761826



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 21



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.

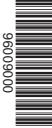
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00191/00192 - carta_02 - INVALIDEZ



00060096

Carta nº 14945521



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 22



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

Pag. 01689/01690 - carta_25 - INVALIDEZ



00030845



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/09/2020 16:40:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092916402508200000067432119>
Número do documento: 20092916402508200000067432119

Num. 68757514 - Pág. 23

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: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do atestado ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Rosiane Rodrigues Jacinto	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PADÃO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER MP 46/2012

5 - Nome completo: Rosiane Rodrigues Jacinto		6 - CPF: 889.887.234-87
7 - Profissão: Agricultora	8 - Endereço: Sítio Lagoinha	9 - Número: 222
10 - Bairro: Zona Rural	11 - Cidade: Itaba	12 - Estado: Pé
		13 - CEP: 56350-000
		14 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

PADÃO DE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.000 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexar uma apólice)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Somente os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (2307)	<input type="checkbox"/> Itaú (3412)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4996 CONTA: 7668 5 (Informar o dígito se excluir) (Informar o dígito se excluir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/avaliação 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 CORTELAURA 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 invalides 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, solicito o preenchimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTELAURA 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 tem filhos, informar: 30 - Vítima deixou herdeiro(s): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tem irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/idosos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem esta condição, entendo, ainda, de que qualquer mentira ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

NOVO AUTOMATIZADO

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: Itaba-Pe, 05/07/2019

Rosiane Rodrigues Jacinto

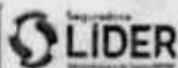
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegado)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do beneficiário RG: 3 - CPF da vítima: 869.867.234-87 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 MP 445/2012

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: Itaíba	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56550-000	15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) RÚA 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 consta no anexo [ANEXAR CóPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> REUSO 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinatura é obrigatória)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (nada é necessário)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (343)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/> 4996	CONTA: <input type="text"/> 7688	5	AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>
(Informar o dígito de verificação)	(Informar o dígito de verificação)		(Informar o dígito de verificação)

Autentico a Seguradora Lider a credêntia a minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e declaro, desde já e sempre, após a efetivação do crédito, quaisquer ônus ou valor restante.

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

Declaro, sob a pena de falsa, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalides 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 preenchimento da análise do meu pedido de indenização do seguro (DPVAT) por invalides permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desse jeito, em meu julgamento, a avaliação médica as cútias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 26, § 2º, declarando que esta autorização não significa previsão concreta com a futura avaliação médica ou resolução ao direito de reivindicação, caso descreva o seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MÓRTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado com Cóns	<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 com parentesco(s):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou com parentesco, informar o nome completo:		
28 - Vívo: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vívo: <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vívo: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tem irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vívo: <input type="checkbox"/> Sim	
34 - Vívo: <input type="checkbox"/> Não	35 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	36 - Vívo: <input type="checkbox"/> Sim	37 - Vívo: <input type="checkbox"/> Sim	38 - Vívo: <input type="checkbox"/> Sim	39 - Vívo: <input type="checkbox"/> Não	

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiárias que se apresentarem e preencherem esta condição, estando casado, solteiro, ou que qualquer casal ou decrépito não vidente poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

SA
Indicação
escolhida
pelo(a) segurado(a)
para assinar
este documento

35 - Nome legal de quem assina a rogação/pedido

36 - CPF legal de quem assina a rogação/pedido

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

38 - 24 - Nome:

CPF:

Assinatura da beneficiária

39 - 24 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Pernambuco - 05/07/2019

Rosiane Rodrigues Jacinto

COMP. REV. PREVIDEN

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Preparador (se houver)

PPS.001 V002/2019

06 SET 2019

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Administrador/info/pol/xm/BOEPreview...



Comunicação / Observação

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 160ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAIBA - Itaíba
DP160°CIRC DINTER2/19°DESEC

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 - Culpado (Consumado)
que aconteceu no dia 7/11/2016 no período da Tarde

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

Pessoas(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 Mão:
CICERA RODRIGUES LINS P/ce JOSE RODRIGUES LINS Data de Nascimento: 16/4/1974
Naturalidade: ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7737697/999/76 (RG) Endereço:
Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAIBA, 1, SÍTIO MANUINO - CEP: 5 - Bairro: CENTRO
- ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

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

