



30/09/2020

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)		EWEERSON 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
68757514	29/09/2020 16:40	<a href="#">2754483_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros (Documento)

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Administrador/infopol/xml/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 N°. 17E0250000015

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

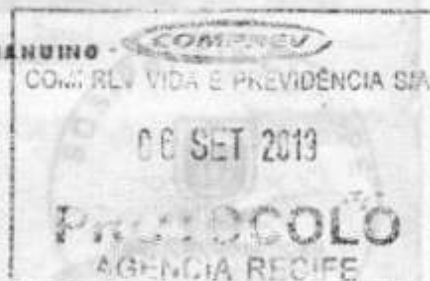
**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 7/11/2016 no período da Tarde

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: 12/4/1974  
Naturalidade: ITAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7737407/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** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **509030283** Chassi: **BC2NC4228CR001444**  
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 do ASL: 3 - CPF da vítima: 009.667.234-87 4 - Nome completo da vítima: Rosiane Rodrigues Jacinto

RESUMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAGUA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Rosiane Rodrigues Jacinto 6 - CPF: 009.667.234-87  
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Sítio Lagoinha 9 - Número: 222 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Itaíba 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56550-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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 abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Somente os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4996 ☐ CONTA: 7668 ☐ 5 AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso 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 IMIL - 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 (selecionar uma das opções):

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

Pelo motivo assumido, 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa anulação da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou ascendentes (pais/avós)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

DADOS AUTENTICADOS

34 - Impressão legível de quem assina a rogatória pedido  
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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





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



Unidade Mista João Vicente  
FOLHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

CÓDIGO PROCEDIMENTO	ESPECIALIDADE	TIPO	ATENDIMENTO	FICHA Nº
				DATA 02/11/2019 HORA DA ENTRADA: 19:00 HORA DA SAÍDA: 19:30

Nome: Rosane Rodrigues Junior Idade: 42  
Nome do pai: João Rodrigues Lima Nome da mãe: Elvira Rodrigues Lima  
Profissão do paciente: agricultor acomp. por: Antonio Carlos Junior  
Endereço: Sítio Maninho cidade: Itaíba  
Resp. pelo procedimento:

Campo médico: (queixas, sintomas, histórias, duração e evolução da doença)  
Paciente deu entrada na unidade queixando-se de dor no peito direito após queda de moto.

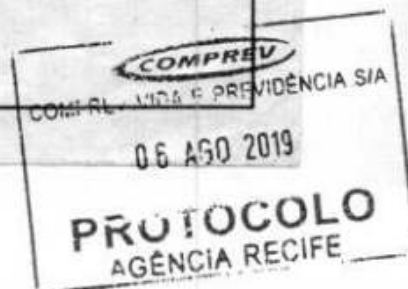
Exame físico:  
PA: 120 x 80 Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas:  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Conduta: Prescrição de analgésico para o alívio da dor.

Nadia Manuela M. do Vale  
Enfermeira  
COREN-PE 114785-1

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. 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

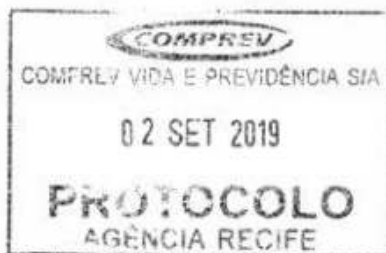
13/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838400000006 504400110070 010545328109 141322204236



autoatendimento.celpe.com.br/NDP\_DCSRUCES\_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cdd... 1/1



**Armindo Moura**  
HOSPITAL GERAL

Nome: ROSIANE RODRIGUES JACINTO (14032837)

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

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

Página 1 de 1







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 + ANTISEPSIA, 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 CFM, 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 FEMORAL 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 MEMBRO OPERADO.

**MATERIAIS UTILIZADOS**

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

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/12/2016 às 11:00

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

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

Página 1 de 1



**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



**Dr. Fred Veras**  
Reumatologia  
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

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 de 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 MMID com claudicação na marcha bloqueio articular aos movimentos passivos por comprometimento do menisco medial e déficit de 60% para flexão 30% para extensão e instabilidade motora de 35%.

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

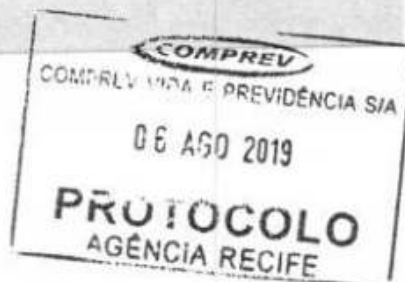
PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 10 de julho de 2019

  
Dr. Fred Veras  
Reumatologia  
CRM 6688-PE CPF 129 098 314-34

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.

Armindo Moura  
de Vasconcelos  
CRM: 11327

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 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.

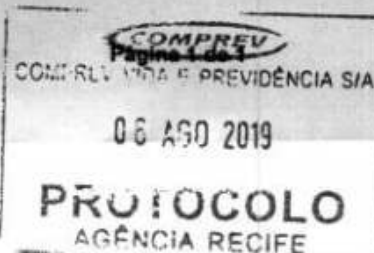
Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/12/2016 as 10:53

Armindo Moura  
de Vasconcelos  
CRM: 11327  
Diretor Médico

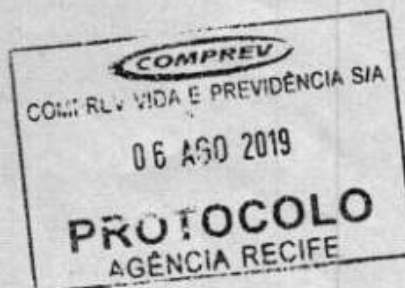
Hospital e Maternidade Armindo Moura  
Stemberg M. de Vasconcelos  
CRM: 11327  
Diretor Médico

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





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





CPF

33 57246383 7 BR



MINISTERIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
COMPROVANTE DE DEPOSITO NO CPF  
(Valido somente com documento de identificação.)  
Nr do CPF: 000.007.234-07  
Nome: ROSEANE RODRIGUES JACINTO  
Data de Nascimento: 15/04/1974  
Comprovante emitido às 09:03:22 de dia  
10/05/2015 (hora e data de Brasília)  
Codigo de Controle do Comprovante:  
7732.000A.000C.421  
Banco Verificador: 00

COMPREV

COM: RLV VIDA E PREVIDENCIA SIA

06 AGO 2019

PROTOCOLO  
AGENCIA RECIFE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012604765212  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 509030225 2016

CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELLO

ITATIBA - PE

917.782.624-53

PEY5563

PLACA ANT. 11

CLASS. 02

PC2NC4210C7001441

PAS / MOTOCICLISTA

GASOLINA

HONDA/CB 200R

2012 2012

CB/251CL

CATEGORIA

PARTIC

VEICULO

IPVA 2012 QUITADO

1ª

PASSEIRA

2ª

A

3ª

PREMIO TARIFARIO 100

100

SEGUR. CASO

RO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

SEM RESERVA

ITATIBA

07/08/16

Carlos Antonio Sousa Vieira

DIRETOR REGISTRATION/DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PRESEMANAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE 125 CM3 EM DIANTE DO FOM PARA CARGA A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012604765212 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
CARLOS ANTONIO VIEIRA DE MELLO  
RUA DON ADILINO DANTAS 00003 55550-01  
CASA CENTRO ITATIBA-PE

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 021 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2016

07/05/16

VIA

917.782.624-53

PLACA

PEY5563

REGISTRO

MARCA / MODELO

555500225

HONDA/CB 200R

2012

02

PC2NC4210C7001441

PREMIO TARIFARIO

100

100

SEGUR. CASO

RO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

SEM RESERVA

ITATIBA

07/08/16

Carlos Antonio Sousa Vieira

DIRETOR REGISTRATION/DETRAN/PE

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.244.000/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTINATÁRIO QUANDO O BILHETE DPVAT  
FOR TÃO L DE PONTE OBRIGATORIO.





## 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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROSIANE RODRIGUES JACINTO

### 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](http://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:



DANS (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 CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR☒ R\$1.000,00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2156

3

CONTA:

15.548

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, e a custos 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Este(a) cliente 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 não indenizado

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, 28-10-2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)



## 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





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

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Autorização de pagamento</b>	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.
<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
<b>Documentos de identificação</b>	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

Pag. 00457/00458 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040229



Carta nº 14669657







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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Autorização de pagamento</b>	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.
<b>Boletim de ocorrência</b>	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





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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.
<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	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





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

Rio de Janeiro, 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





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

---

**Rio de Janeiro, 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





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

**Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

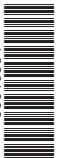
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01901/01902 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010951





## 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 RSL: 3 - CPF da vítima: 009.667.234-87 4 - Nome completo da vítima: Rosiane Rodrigues Jacinto

RESUMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAGUA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Rosiane Rodrigues Jacinto 6 - CPF: 009.667.234-87  
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Sítio Lagoinha 9 - Número: 222 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Itaíba 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56550-800  
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 abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Somente os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 4996 ☐ CONTA: 7668 ☐ 5 AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso 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 IMIL - 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 (selecionar uma das opções):

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

Pelo motivo assumido, 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa anulação da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascidos (parceiros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

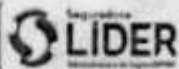
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do contrato ou AL:

3 - CPF do vítima:

869.667.234-87

4 - Nome completo da vítima:

Rosiane Rodrigues Jacinto

MINISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

Rosiane Rodrigues Jacinto

6 - CPF:

869.667.234-87

7 - Profissão:

Agricultora

8 - Endereço:

Sítio Lagoinha

9 - Número:

222

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Itaíba

13 - Estado:

Pe

14 - CEP:

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 A R\$1.000,00☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.000,00 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 POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)☐ Bradesco (233)☐ Itaú (343)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4996

CONTA:

7568

5

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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 acima, solicito o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que me sublevo à avaliação médica do Conselho da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 5.134/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação realizada no âmbito de competência do Conselho da Seguradora.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civ) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comparente(s):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Falecidos:

30 - Vítima deixou:

nascido(vivo(s))?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Falecidos:

33 - Vítima deixou:

pai/vivo(s)?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem 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 179 do Código Penal.

34 - Informar o endereço completo do endereço de residência da vítima:

35 - Nome legível de quem assina a região/pedido:

36 - CPF legível de quem assina a região/pedido:

37 - (\*) Assinatura de quem assina a região/pedido:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Itaíba-Pe, 09/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for caso)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Prejudicado (se houver)

FPL001 V002/2019

COMPREV  
PREVIDEN

06 SET 2019

Boletim de Ocorrência

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

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



Compartilhado / Observação

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 160ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAIBA  
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: **MUNICIPIO DE ITAIBA, 1, SÍTIO MANUINO -**  
Bairro: **CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 Mãe:**  
**CICERA RODRIGUES LINS Pai: JOSE RODRIGUES LINS Data de Nascimento: 15/4/1974**  
Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7737697/999/PE (RG) Estado**  
Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAIBA, 1, SÍTIO MANUINO - CEP: 9 - Bairro: CENTRO**  
**- ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO), 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)**

