



Número: **0062860-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71446090	23/11/2020 14:46	ANEXO 1	Outros (Documento)

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: 03/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000000041155-3

Nr. da Autenticação 2A9C8D7F786E7034





COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vista, Recife - PE. CEP 50060-002
CNPJ 14.836.002/0002-00 | Fone: Etn: 0800843-03 | www.cedpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

→ CARIEM DOLOROS DA SUIVA

CPF: 333.791.854-68 NIS: 20312091553

CLASSIFICAÇÃO
ET RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRUTUOSO GOMES 103

VARZEA RECIFE
RECIFE PE
50740-150

7018100252 11/2019

14/11/2019 09/12/2019

138.71

RESCUE DA NOTA FISCA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Rato até 203mAh	30,0000000	0,26247243	7,87
Consumo Rato superior a 30 até 100 mAh	70,0000000	0,44095204	31,46
Consumo Rato superior a 100 até 250mAh	102,0000000	0,87402011	87,45
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,34
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,98
Contrib. Adu. Pádua Municipal			0,89
ICMS Substituição - NF 0789 / 11550-04402/19			3,94
PV0-CTRAÇA-020120475-8866-0000 0211 0900			3,94

TOTAL DA FATURA

CONTABILIZAÇÃO DE CONSUMO DE ÁGUA FOGAL								138,71	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO	VALOR	CONSUMO (M³)		
010000000	GRUPO	01/11/2009	01/11/2009	31	1.000,00		200,00		

[illegible]

FTOT 28 NOV 80 0000Z 001A HZCE 1-147 CAP 0 HNC.

... ..

[illegible]

ATENCIÓN A CELERACIÓN QUE WOOD PODRÍA CONTAR CON LOS

CONTABILIZAÇÃO DE TRANSACÇÕES COM O EXTERIOR				
CONTO	PAIS DE ORIGEM	LIMITE MONETÁRIO	LIMITE PERCENTUAL	LIMITE TEMPO
ENC	0,00	0,07	10,18	20,20
ENC	0,00	3,23	6,67	17,00
ENC	0,00	5,00	11,00	0,00
LIMITE ENC	72,00	0,00		

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados de divulgação da FCA, 2015.

COPIA CONTRATO	MEMORIO	FECHA DE EMISIÓN	TOTAL A PAGAR (R\$)
		14/11/2019	138.74



**Bradesco**

| 237-2 |

23794.15009 90020.243086 41000.211403 4 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

FERNANDA BRANDAO DE - 056.639.994-69

RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO - 233 - CASA A

VARZEA - RECIFE - PE - CEP 50970-230

Sacador/Avalista

Nosso Número	Nr. do Documento	Data de vencimento	(+) Valor do Documento	(-) Valor Pago
09/0202430841-9	02024308419	04/05/2020	1.035,06	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço				
BRADESCO CARTOES - CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus, S/N				
Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP				
Agência/Código do Beneficiário			Autenticação Mecânica	
04150-5 / 0002114-8				

**Bradesco**

| 237-2 |

23794.15009 90020.243086 41000.211403 4 00000000000000

Local de Pagamento				Data de Vencimento	
				04/05/2020	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço				Agência/Código do Beneficiário	
BRADESCO CARTOES - CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus, S/N				04150-5 / 0002114-8	
Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP					
Data do Documento	Nr. do Documento	Espécie Doc.	Acerto	Data Processamento	Nosso Número
20/04/2020	02024308419	RECIBO	N	20/04/2020	09/0202430841-9
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(+) Valor do Documento
8650	09	Rs			1.035,06
Informações de responsabilidade do beneficiário					(-) Desconto/Abatimento
Os encargos de pagamento rotativo ou de atraso, serão cobrados na próxima fatura					(+) Juros/Multa
Pagamento em cheque será considerado liquidado somente após a sua compensação					(-) Valor Pago
Sr. Caixa, não receber este boleto após 15 dias do vencimento					
Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP					
FERNANDA BRANDAO DE - 056.639.994-69					
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO - 233 - CASA A					
VARZEA - RECIFE - PE - CEP 50970-230					
Sacador/Avalista					



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 622 81 89 - SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº **081.051.294** / **77**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **168.732.674** / **65** conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: VARZEA	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com	CEP: 50.970-230	Tei (DDD): 81 98552-9424 / 81 99472-7858

Local e Data:

RECIFE 09 DE JUNHO DE 2020

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200226669

Nome do beneficiário: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Data da solicitação: 14.08.2020
DD/MM/AA

Nome do solicitante: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

CPF do beneficiário: 168.732.674-65

CPF do solicitante: 081.051.294-77

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99397-5043

Tel. Comercial: (81) 98358-8143

Tel. Residencial: ()

E-mail: ADRIANA SILVA 23 @ GMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

INFELIZMENTE, NÃO TEMOS OUTROS DOCUMENTOS RE
MOS PITAL PARA APRESENTAR. NÃO TEMOS CONDIÇÕES DE
PAGAR CONSULTAS E LAUDOS PARTICULARES. ESTAMOS A RESPOSTA
PARA PASSAR POR UMA PERÍCIA COM OS MÉDICOS DE VOCÊS
E SER AVALIADA PARA CONSTATAR A TES SEQUELA.

CAMARUÍBE-PE 25/08/2020

Local e Data

Luciana G. de Andrade Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



FRANKLIN PLASTIFIERS
1221607980



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226669 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MARIA VITÓRIA GOMES ALVES DE MORAIS

DATA DO ACIDENTE 21/11/2019 CPF DA VITIMA 168.732.674-65

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de Oliveira

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VITIMA E PROU PAOR

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO

Nº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO Varzea

CIDADE Recife UF PE CEP 50970-230

E-MAIL fernandabranda0213@gmail.com TELEFONE () 81 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INCENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ OES: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES NOTADAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, OUTRAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE PAGAMENTOS DE SERVIÇOS RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INCENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ OES: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INCENIZAÇÃO**
 - MORTE - R\$ 11.300,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.300,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INCENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PRÉDIO DE INCENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 622 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/06/2020

IDENTIDADE 6141955-SDS/PE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200226669

Data da solicitação: 04/09/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: MARIA VITORIA GOMES ALVES

CPF do beneficiário: 168.732.674-65

Nome do solicitante:

LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

CPF do solicitante: 081.051.294-77

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 98552-9424

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

QUERO JUSTIFICAR QUE O VALOR RECEBIDO É UM ABSURDO COMPARANDO A LABELA E AS SEQUELAS PERMANENTES SOBRIA PELA MINHA FILHA. QUERO PEDIR A REAVALIAÇÃO E O COMPLEMENTO DA INDENIZAÇÃO, PELA SEGURADORA LÍDER.

Recuse 04 de setembro 2020.
Local e Data
Luciana G. de Andrade Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

IDENTIDADE: 7.992.094 ORGÃO: SPS PE

CPF: 086-056-294-77

ESTADO CIVIL: CASADA

ENDEREÇO: RUA FRUTUOSO GOMES, 103 VARZEA RECIFE PE

CEP: 50740-150

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conde José Fernandes Machado, Nº 233 - Varzea - Recife/PE

Cep: 50.970-230

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

MARIA VITÓRIA GOMES ALVES DE MORAIS

Escolha o (s) tipos (s) de cobertura

☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ morte

Data do Acidente: 29/12/2019

Recife 02 de dezembro 2019

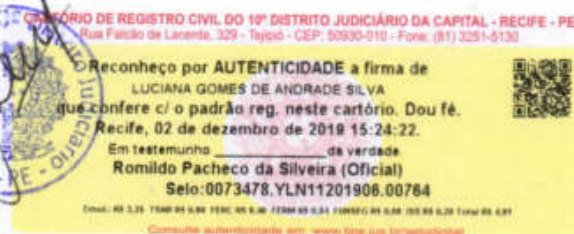
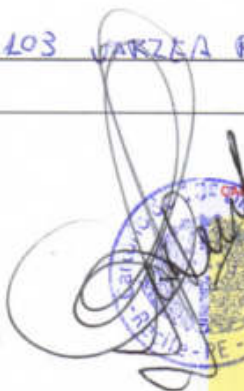
Local e data



Luciana G de Andrade Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175341/20

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORA

CPF: 168.732.674-65

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA : 081.051.294-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/06/2020
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175341/20

Número do Sinistro: 3200226669

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORA

CPF: 168.732.674-65

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 21/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/08/2020
Nome: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA
CPF: 081.051.294-77

LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226669

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

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,

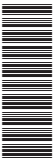
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15893535

Pag. 01789/01790 - carta_01 - INVALIDEZ

00010895





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, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226669

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 01043/01044 - carta_03 - INVALIDEZ

00040522



Carta nº 15894744





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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226669

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000626

Conta: 0000041155-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01519/01520 - carta_30 - INVALIDEZ





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, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226669

Vítima: MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01127/01128 - carta_09 - INVALIDEZ

00030564



Carta nº 16134096





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

168.732.674-65

4 - Nome completo da vítima:

MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

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

5 - Nome completo:

MARIA VITORIA GOMES ALVES DE MORAIS

6 - CPF:

168.732.674-65

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

R. Frutuoso Gomes

9 - Número:

103

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

VARZEA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50.740-150

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 98552-9424

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:

LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

091.051.294-77

19 - Profissão do Representante Legal:

RECUSO.

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



SEM RENDA



R\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0626

CONTA: 41.155

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/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 médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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:

RECIFE 09 de JUNHO de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0127002765**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/06/2020** às **16:25**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/11/2019** às **21:10**

Fato ocorrido no endereço: **CENTRO, 1, AV. BELMINO CORREIA, S/N - Bairro: SANTANA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54777-455**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA (NOTICIANTE)
MARIA VITORA GOMES ALVES DE MORAES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA

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

LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: NIELZIA GOMES DA SILVA Pai: EDVALDO FRANCISCO DE ANDRADE Data de Nascimento: 16/12/1984 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7992094/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 99880451

Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 103, RUA FURTUOSO GOMES, 103 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA VITORA GOMES ALVES DE MORAES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA Pai: ISRAEL ALVES DE MORAIS Data de Nascimento: 29/6/2006 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 16873267465 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 103, RUA FURTUOSO GOMES, 103 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Data de Nascimento: 1/1/1900 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

04/06/2020 16:55



Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

CONFORNE DECLARAÇÃO DO SAMU, OCORRENCIA Nº S.5711-305 DE CAMARAGIBE, QUE FIZERAM OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA DE ATROPELAMENTO, QUE FOI CUNDUZIDA A UPJ DA CAXANGA COM VARIOS FERIMENTOS.

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

Luciana G. de Andrade Silva
LUCIANA GOMES DE ANDRADE SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JAILTON JOSE GOMES** - Matrícula: **319707-7**
(Liberado em **04/06/2020** às **16:55**)

04/06/2020 16:5





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

MARIA VITÓRIA GOMES ALVES DE MORAIS

CPF :

MATRÍCULA:

073478 01 55 2006 1 00064 119 0072283 07

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Vinte e nove de junho de dois mil e seis.

DIA
29

MÊS
06

ANO
2006

HORA DE NASCIMENTO

16h33min

NATURALIDADE

Recife-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Recife - PE

LOCAL MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Recife-PE

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

ISRAEL ALVES DE MORAIS e LUCIANA GOMES DE ANDRADE

AVÓS

RENALDINO ALVES DE MORAIS e MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO (paternos) e EDVALDO FRANCISCO DE ANDRADE e NIELZIA GOMES DA SILVA (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Nada consta

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Cinco de setembro de dois mil e seis.

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

36077724

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Ato registrado no livro A-64, às folhas 119c, sob o nº 72283. Data do registro: 05 de setembro de 2006. Data de nascimento da registrada: 29 de junho de 2006.

Observação: De acordo com o Prov. 63/2017 do CNJ, deixa de constar o CPF da parte em virtude da mesma nunca ter tirado o documento. E, também, nesta data, não foi localizado na base nacional de dados do CRC.

Digitado por Anália Daniella Magalhães Herminio Alves da Silva

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

ATO GRATUITO de acordo com a Lei 6015/73
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Selo Digital Nº 0073478.RNY11201903.00419



Nome do ofício
Cartório do 10º Distrito Judiciário
Oficial registrador
Romildo Pacheco da Silveira
Município/UF
Recife/PE
Endereço
Rua Falcão de Lacerda, 328 - Tejipió

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Recife, 29 de novembro de 2019.

Romildo Pacheco da Silveira
Delegado
Calíope José Monteiro da Silveira
Gilda Magalhães Herminio
Escritório de Registro
Av. Rainha de Leão, 328 - Tejipió - Recife-PE
CEP: 50.930-900 - Fone: (81) 3251.5130

Produção Gráfica Brasileira - RJ