



Número: **0017846-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)</b> <b>AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64490 908	10/07/2020 11:40	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	Outros (Documento)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 025594114-58 4 - Nome completo da vítima: SILVÂNIA MARIA FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo:	Silvânia Maria Ferreira da Silva	6 - CPF:	025594114-58	
7 - Profissão:	do lar	8 - Endereço:	Av. Otto	
11 - Bairro:	CURADO	12 - Cidade:	JABOATÃO DOS GUARAS	
15 - E-mail:	AMANDA SOARESAND@GMAIL.COM	13 - Estado:	14 - CEP:	54000-000
		16 - Tel. (DDD):	81 997001787	

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:

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

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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 714 CONTA: 77742 0  
(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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

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

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

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 14 DE FEVEREIRO DE 2020.

Silvânia Maria Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

da Silva

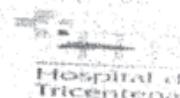
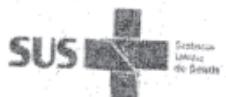
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
Dt. Nasc.: 17/10/75 - 44 ano (s)  
Nº registro: 688226  
Sexo: Feminino Mãe: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO Fone: 81985640378  
Endereço: R. BELARMINO SILVA, nº 908, CURADO V. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE  
Data/hora: 10/12/2019 - 07:47  
Nº pág.: 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

DOR TORMOZELO ESQ APÓS TRAUMA

### EXAME FÍSICO:

Peso: Altura:  
PA: x mmHg HGT: mg/dL IMC: () Temperatura: °  
EDEMA COM DOR

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S826 - Fratura do maléolo lateral | Perônio [fíbula], envolvendo

### Resultados de Exames:

AO RX

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE MALÉOLO LATERAL ESQ

### Evolução do paciente:

COLOCADO TALA BOTA

SSOL TRASNF DE URG A CENTRAL DE LEITOS

H.D.H.C.

SENHA : 5834456

**Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA**  
CRM: 6984

Rua Leonardo da Vinci, nº 68, Curado II  
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA, CRM: 6984. Data e Hora: 10/12/2019 12:04:20.

Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

Rua Leonardo da





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-602  
CNPJ 10.629.932/0001-08 | Ins. Est. 0005043-03 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

TERESA MARIA DA CONCEICAO  
PROX A IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

CPF: 252 280 994-68

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	MES	ANO
080826948	UNICA	30/12/2019

APROVAMENTO ATÉ O CLIENTE NÚMERO DE LIGAÇÃO:

30/12/2019 2002439411 553846

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
TV 1 DO MARUIM 6

PONTE DOS CARVALHOS/PONTE DOS CARV  
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE  
54580-621

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
08/01/2020	29/01/2020	194,34

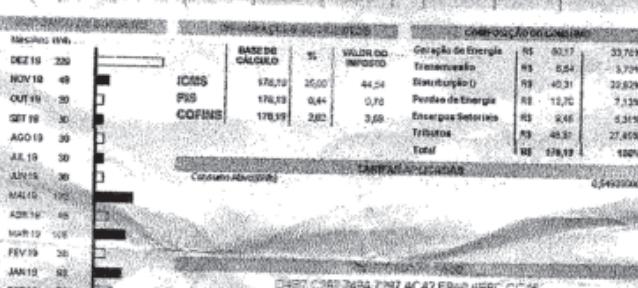
## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

ITEM DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	229.000000	0,75727874	173,41
Acréscimo Básico		2,89	2,89
Acréscimo Bandeira VERDE		0,01	0,01
Contro Juros Pública Municipal		53,15	53,15

## TOTAL DA FATURA

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DÍAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3130983325	CAT	30/11/2019	49.00	30/12/2019	276.00	-10	229.000000



Peço que informe para o seu fornecedor de energia elétrica que deseja aderir ao Programa de Incentivo à Redução da Conta de Energia Elétrica, apresentado no Decreto nº 5.102, de 2003, que estabelece a redução da tarifa social de energia elétrica para os consumidores que aderirem ao Programa de Incentivo à Redução da Conta de Energia Elétrica, que é destinado a pessoas físicas e jurídicas que residem ou possuam estabelecimento na área urbana do Estado de Pernambuco, que se enquadrem nos critérios estabelecidos no Decreto nº 5.102, de 2003.

## ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ PODE SER CONSIDERADO IRREGULAR

EM ATÉ 15 DIAS, DIFERENTES ENTRES CASO DE CONTE

VALOR	DATA PAGTO	Valor	VALOR	DATA PAGTO	VALOR
0,00	01/01/2019	18,33	0,00	26/08/19	18,48
0,00			0,00		

Este comunicado não substitui aviso de prestador de serviços de fornecimento de energia elétrica. Caso a suspensão do fornecimento persista após o cumprimento das condições estabelecidas no art. 190, § 2º, da lei nº 10.438, de 26/04/02, poderá também existir cobrança de multa e/ou juros previstos no art. 190, § 3º, da mesma lei. Consulte seu fornecedor de energia elétrica para mais detalhes.

CONSUMO PONTEIRO	VALOR APURADO GAC/2019	LIMITES MENSAL	LIMITES TRIMESTRAL	LIMITES ANUAL	TENSÃO NORMAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)
0,00	5,78	10,20	31,77	113,77	220	MÍNIMO 202 MÁXIMO 231
0,00	3,23	6,47	12,94	45,77	202	
0,00	2,38	0,60	0,60	0,60	231	

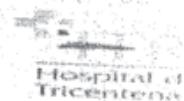
Límite GAC 12,33 EUSD - Não é o valor do uso do sistema de distribuição, R\$ 0,00,00.

CONTA CONTRATO: 2736245011 MESANIO: 12/2019 DATA DE VENCIMENTO: 08/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 194,34



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 3



Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
Dt. Nasc.: 17/10/75 - 44 ano (s)  
Nº registro: 688226  
Sexo: Feminino Mãe: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO Fone: 81985640378  
Endereço: R. BELARMINO SILVA, nº 908, CURADO V. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE  
Data/hora: 10/12/2019 - 07:47  
Nº pág.: 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

DOR TORMOZELO ESQ APÓS TRAUMA

### EXAME FÍSICO:

Peso: Altura:  
PA: x mmHg HGT: mg/dL IMC: () Temperatura: °  
EDEMA COM DOR

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S826 - Fratura do maléolo lateral | Perônio [fíbula], envolvendo

### Resultados de Exames:

AO RX

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE MALÉOLO LATERAL ESQ

### Evolução do paciente:

COLOCADO TALA BOTA

SSOL TRASNF DE URG A CENTRAL DE LEITOS

H.D.H.C.

SENHA : 5834456

**Dr. PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA**  
CRM: 6984

Rua Leonardo da Vinci, nº 68, Curado II  
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: PAULO MARCELO CHAVES DE LIMA, CRM: 6984. Data e Hora: 10/12/2019 12:04:20.

Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE  
Contato: (81) 3184-4465

Rua Leonardo da





## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 13/11/20

Nº PRONTUÁRIO: 122940

NOME DO PACIENTE: Sabrina Yane Ferreira

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura frisa pelo círculo

consolidada

Apta ambulatório

5825

OBS.:

Nº DIAS \_\_\_\_\_

AFASTAMENTO DO TRABALHO  
Dr. Cordeiro  
Ortopedista  
Cirurgião Plástico  
Assinatura do Médico

Carimbo

CÓD. 38391





Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

UPA - CURADO

TORNOZELO

Registro: 686226

Data Nasc.: 17/10/1975

Data Exame: 10/12/2019 07:55:51

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 6

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA  
NOME: SILVANA *Maria*  
REG: 102940  
DATA: 16/12/14 (E)



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 7



Scanned with CamScanner



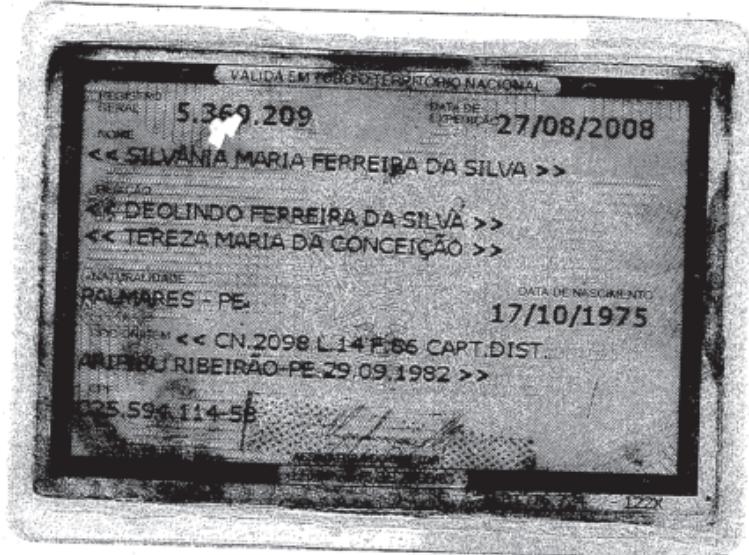
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 11

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Corretores de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062220/20

Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 025.594.114-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/12/2019

Titular do CPF: SILVANIA MARIA  
FERREIRA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA : 025.594.114-58**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento da seguradora Aruana-Silva, das 08 às 20H: 1020-11996 -  
(Região Metropolitana) ou 0800-922-12-04 (Demais Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h  
por dia, com o SAC: 0800-922-9499.

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 6.194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos iniciais é da interessada/vítima.

### Parte(s) da documentação apresentada:

Data da apresentação: 14/02/2020  
Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
CPF: 025.594.114-58

### Responsável pelo cadastramento na seguradora:

Data do cadastramento: 14/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

*Silvana Maria Ferreira*  
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
*da Silva*

*Juliana Bezerra de Lula*  
JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200076892 Cidade: Jaboatão dos Guararapes Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA Data do acidente: 10/12/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A SILVA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM TORNOZELO ESQUERDO COM FRATURA DE MALÉOLO LATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

Documentos complementares:

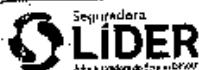
Observações: PÁG 2

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b> 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).	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ASL: <b>3200076792</b> 3 - CPF da vítima: <b>025594114-53</b> 4 - Nome completo da vítima: <b>SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA</b> REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 5 - Nome completo: <b>SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA</b> 6 - CPF: <b>025594114-53</b> 7 - Profissão: <b>DO LAR</b> 8 - Endereço: <b>AV. OTO</b> 9 - Número: <b>474</b> 10 - Complemento: 11 - Bairro: <b>CURADO</b> 12 - Cidade: <b>RECIPE</b> 13 - Estado: <b>PE</b> 14 - CEP: <b>53602-09</b> 15 - E-mail: <b>AMANDASOARESADM@GMAIL.COM</b> 16 - Tel. (DDD): <b>(81) 997001787</b> <b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE D A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b> 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
<b>DADOS BANCÁRIOS</b> <b>21 - DADOS BANCÁRIOS</b> <b>22 - DADOS BANCÁRIOS</b> <b>23 - DADOS BANCÁRIOS</b> <b>24 - DADOS BANCÁRIOS</b> <b>25 - DADOS BANCÁRIOS</b> <b>26 - DADOS BANCÁRIOS</b> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: <b>1733</b> CONTA: <b>04208</b> B (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) (Informar o dígito se existir) Nome do BANCO: (Informar o dígito se existir) AGENCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, restando-me e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
<b>27 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> 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 5.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> Solicito o prosseguimento da análise de 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 sujeitar à análise médica presencial, caso necessário. És cientes da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme é disposto na Lei 5.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.	
<b>28 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b> 28 - Local: <input type="checkbox"/> Cidade <input type="checkbox"/> Distrito/Cidade <input type="checkbox"/> Província <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Outro 29 - Se a vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 26 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 34 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 35 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 36 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 37 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 34 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 35 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 36 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 37 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 38 - 1º   Nome: _____ 39 - 2º   Nome: _____ 40 - Local e Data: <b>RECIFE, 03 de março de 2020</b> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <b>Silvana Maria Ferreira da Silva</b> 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): <b>Ferreira da Silva</b> 43 - Assinatura do Procurador (se houver):	

MORTE

NÃO AUTORIZADO

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.DD1.V002/2019

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062220/20

**Vítima:** SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 025.594.114-58

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/12/2019

**Titular do CPF:** SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA : 025.594.114-58**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

### 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](http://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: 14/02/2020  
Nome: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
CPF: 025.594.114-58

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 15

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01737

CONTA: 00000004208-3

---

Autenticação:

E80CA3B2D08E67A7990F44BC75035BBA610687A15B2311CE06DFFFC1205C332E



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011402131000000063295080>  
Número do documento: 20071011402131000000063295080

Num. 64490908 - Pág. 16



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, 17 de Fevereiro de 2020**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200076892 Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

**Data do Acidente:** 10/12/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SILVANIA MARIA FERREIRA DA 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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15520075



rag 00263/00264 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101140213100000063295080>  
Número do documento: 2007101140213100000063295080

Núm. 64490908 - Pág. 17



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, 21 de Fevereiro de 2020**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200076892 Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

## **Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA**

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 GENTE 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01667/01668 - carta 25 - INVALIDEZ

00020834

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pj.ejpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101140213100000063295080>  
Número do documento: 2007101140213100000063295080

Núm. 64490908 - Pág. 18



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, 11 de Março de 2020**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200076892 Vítima: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

**Data do Acidente: 10/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SILVANIA MARIA FERREIRA DA 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6.25%

R\$ 843,75

Recebedor: SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000001737

Conta: 000004208-3

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2020 11:40:21  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101140213100000063295080>  
Número do documento: 2007101140213100000063295080

Núm. 64490908 - Pág. 19



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

025594114-58

4 - Nome completo da vítima:

SILVÂNIA MARIA FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo:	Silvânia Maria Ferreira da Silva	6 - CPF:	025594114-58
7 - Profissão:	do lar	8 - Endereço:	Av. Otto
11 - Bairro:	CURADO	12 - Cidade:	JABOATÃO DOS GUARAS
13 - Estado:	9 - CEP:	14 - CEP:	54000-000
15 - E-mail:	AMANDA SOARESAND@GMAIL.COM		
16 - Tel. (DDD): 81 997001787			

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:

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

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)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                   | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

74 5 CONTA: 77742 0

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do segurado, 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

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

Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 14 DE FEVEREIRO DE 2020.

Silvânia Maria Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



578145

0062220/20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -  
DP23ªCIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0113000375

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/02/2020 às  
17:30

Completa o BO Número: 20E0113000264

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 10/12/2019 às 22:00

Natureza Jurídica: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NAO FATAL  
Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 1 - Bairro:  
CURADO V - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -  
Ponto de Referência: SINAL PARQUE SHOL CURADO V  
Local do Fato: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geragão da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): DESCONHECIDO

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

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Mae: TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO Par: DIOLINDO FERREIRA DA SILVA Data  
de Nascimento: 17/10/1975 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /  
BRASIL Documentos: 5380280/SDS/PE (RG). 02339411468 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escolaridade: 4º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DUL LAM Telefones Celulares:  
- 988894972

Endereço Residencial: BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 820, RUA DELARMINO SILVA NR  
820 CURADO V JABOATÃO - CEP: 55666-888 - Bairro: CURADO V - JABOATÃO DOS  
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, SINAL PARQUE SHOL CURADO V

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade:  
DESCONHECIDO

06/02/2020 17:31



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

**VEICULO (VEICULO)** da propriedade de(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse de(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

**Complemento / Observação**

INF A VÍTIMA QUE VINHA NA CARUPA DA MOTO DO SEU MARIDO NA MOTO KFV7823 COR AMARELA QUANDO UM VEICULO BATEU NA MOTO E A VITIMA QUE ESTAVA NA CARUPA CAIU COM SEU MARIDO A MESMA FOI SOCORRIDA PELO SEU MARIDO RAFAEL DIEGO COSMO DO NASCIM ENTO QUE LEVOU A MESMA PARA UPA DO CURADO II ONDE O MEDICO FEZ OS PROCEDIMENTOS NORMAIS E ENCAMINHOU PARA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA ONDE FEZ UM RX E CONSTATOU FRATURA NO TORNOELO ESQUERDO MÉDICO DR. CARLOS RINAM CRM 15483 A MESMA PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA PROVIDÊNCIAS CABIVEIS , COMPAREceu A ESTA DP. A SRA SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA, SOLICITANDO CORRECÇÃO NA DATA DO FATO PARA 18/02/2019 ,CONFORME ENCRESCO NESTE COMPLEMENTO.

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

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
(VITIMA)

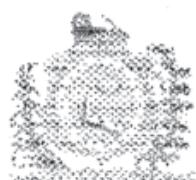
*Silvana Maria Ferreira da Silv*

B.O. registrado por: MOISES MANOEL DE LIMA - Matrícula: 388859-5

*Moises DL*

06/02/2020 17:31





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 023ª CIRCUNSCRICAO - CAVALEIRO -  
DP23ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0113000264

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/01/2020 às 08:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 10/1/2019 às 22:00

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**  
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 1 - Bairro:  
CURADO V - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -**  
Ponto de Referência: **SINAL PARQUE SHOL CURADO V**  
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA ( VÍTIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Mae: **TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **DIOLINDO FERREIRA DA SILVA** Data  
de Nascimento: **17/10/1978** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **3360269/SDS/PE (RG), 62559411483 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:  
- 988894972

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CURADO V (BAIRRO), 820, RUA BELARMINO SILVA NR  
820 CURADO V JABOATÃO - CEP: 56606-000 - Bairro: CURADO V - JABOATÃO DOS  
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, SINAL PARQUE SHOL CURADO V**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade:  
**DESCONHECIDO**

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

28/01/2020 08:43



**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoría/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

INF A VÍTIMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO DO SEU MARIDO NA MOTO KFV7823 COR AMARELA QUANDO UM VEICULO BATEU NA MOTO E A VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA CAIU COM SEU MARIDO A MESMA FOI SOCORRIDA PELO SEU MARIDO RAFAEL DIEGO COSMO DO NASCIMENTO QUE LEVOU A MESMA PARA UPADOCURADO II ONDE O MEDICO FEZ OS PROCEDIMENTOS NORMAIS E EMCAMINHOU PARA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ONDE FEZ UM RX E CONSTATOU FRACTURA NO TORNozELO ESQUERDO MEDICO DR. CARLOS RIHAN CRM 18483 A MESMA PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA PROVIDÊNCIAS CABIVEIS

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

SILVANIA MARIA FERREIRA DA SILVA  
(VITIMA)

*Silvana Maria Ferreira da Silva*

B.O. registrado por: **EMIDIO GOMES DE AGUIAR FILHO** - Matrícula: 3800020

