



Número: **0013689-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

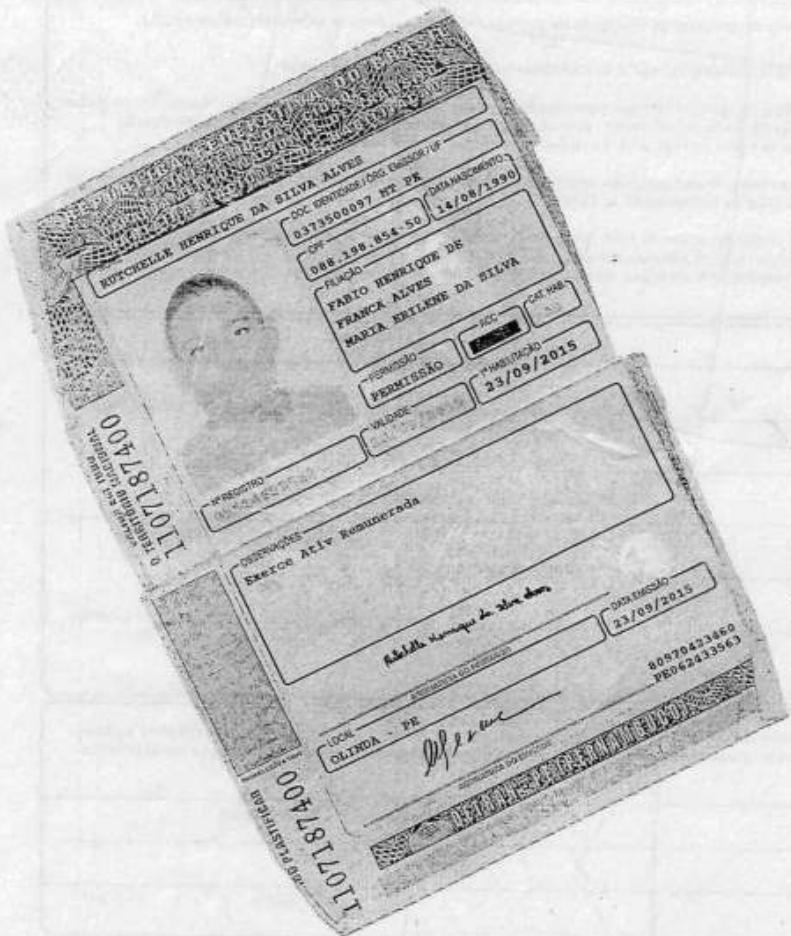
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES (AUTOR)</b>	<b>AMARO RODRIGUES DE ARAUJO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (REU)</b>	
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

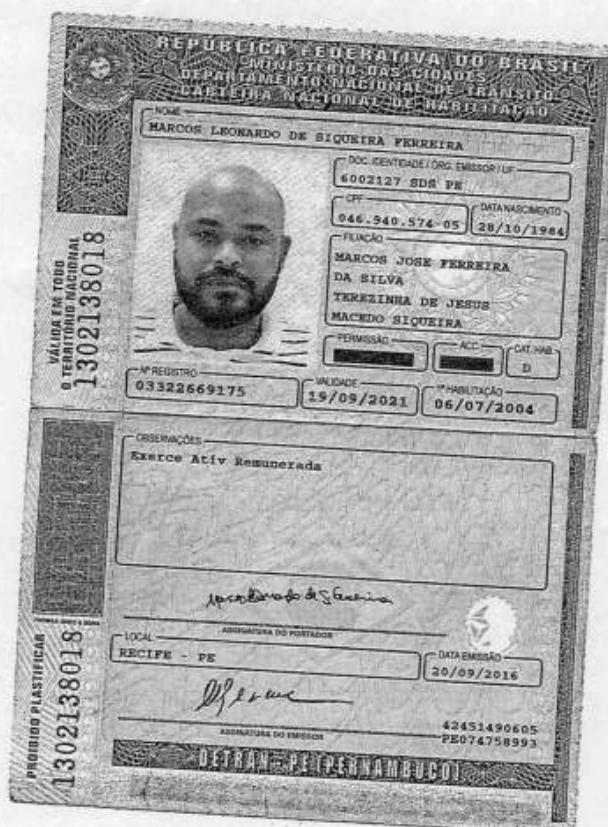
**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65545 254	30/07/2020 16:55	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
Número do documento: 20073016554405700000064314405

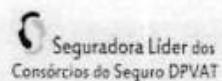
Num. 65545254 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
Número do documento: 20073016554405700000064314405

Num. 65545254 - Pág. 2

## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452258/19

**Vítima:** RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

CPF: 088.198.854-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/12/2017

**Titular do CPF:** RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

#### MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA : 046.940.574-05

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

#### RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES : 088.198.854-50

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: 16/12/2019  
Nome: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA  
CPF: 046.940.574-05

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61



RAIANNE SILVA BARBOSA





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:

**Rustelle Henrique da Silva Cerves**  
CPF da vítima: 098.198.854-50

Data do Acidente:

**08/12/2017**

Portador da documentação:

Qualificação do Portador:  Vítima  Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ( )

E-mail:

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF da vítima (cópia simples e legível)
- Laudo do IMI (cópia simples e legível)
- Declaração de Ausência de Laudo do IMI, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

#### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira 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)
- Obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pala ou tutor)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:

Identidade:

Assinatura:

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:

Nome:

Assinatura:



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190700700      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA      **Data do acidente:** 08/12/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
ALVES

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

**Data da análise:** 19/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO E FECHADA DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOPROTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/4

**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 LEVE 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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





### PROCURAÇÃO ESPECÍFICA PARA SEGURO DPVAT

Nome: Ruthelle Henrique da Silva Alves

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro

CPF: 088.198.854-50 RG: 037350097 Órgão Expedidor: MG - PE

Profissão: motorista Fone: 81.983001512 - 99804-3096

Endereço residencial: Rua Nelson de M. P. Bento, 575, Alauz  
Cidade: Olinda UF: PE CEP: 53.180-000 Comprido

O outorgante, acima qualificado, nomeia e constitui procurador o senhor:  
MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA, Brasileiro, solteiro, Estudante, RG: 6002127, Órgão Expedidor SDS-PE e CPF: 046.940.574-05, Residente à Rua 75, nº 36, Maranguape Um, Paulista, Pernambuco;

Outorgando-lhe os poderes para representar o outorgante acima citado, especificamente nas repartições públicas e privadas tais como:

- Policia Militar e Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco (PMPE, CBMPE), com o intuito de solicitar e receber cópia de Boletim de Ocorrência Militar e ficha de Atendimento Pré Hospitalar;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Sede e Região Metropolitana do Recife com o objetivo de solicitar e receber Ficha de Atendimento Pré Hospitalar;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais públicos e privados, como (HMA, HR, HDE, HPS) entre outros, no intuito de solicitar e receber cópias de prontuários médicos;
- Mais os especiais de acordar, discordar, transigir, renunciar, desistir, receber e dar quitação, praticar, enfim, todos os atos necessários ao fiel desempenho deste mandado, representando o outorgante em instituições que participam do consórcio do seguro Dpvat, (Reguladoras e Seguradoras) poderes, estes, para a finalidade específica de entrada do seguro DPVAT.

Paulista - PE, 06 de Dezembro de 2019

Ruthelle Henrique da Silva Alves  
assinatura do OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO**  
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador  
Av. Marechal Flávio Peixoto, 76 - CEP 52601-460 - Pauísta / PE - Fone: (81) 3010-9001

Reconheço por autenticidade a firma RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES  
Dou fé. Pauísta/PE, 06/12/2019 14:08:21. Emol. R\$ 3,51, TSNR. R\$ 0,00 FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08 FERM 0,04; FUNSEG 0,08 Op 152  
YURI ANDERSON DE ANDRADE MEDEIROS DE OLIVEIRA -  
Escrevente autorizado  
Selo: 0077552.CIE12201901.01189

Consulte a autenticidade em: [www.tjepe.jus.br/evidigital](http://www.tjepe.jus.br/evidigital)



AA449132



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452258/19

**Vítima:** RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

**CPF:** 088.198.854-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/12/2017

**Titular do CPF:** RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

#### MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA : 046.940.574-05

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

#### RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES : 088.198.854-50

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: 16/12/2019  
Nome: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA  
CPF: 046.940.574-05

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
Número do documento: 20073016554405700000064314405

Num. 65545254 - Pág. 7



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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700700

Vítima: RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 08/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

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-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15256812

Pag. 01633/01634 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020817



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
Número do documento: 20073016554405700000064314405

Num. 65545254 - Pág. 8



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, 02 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190700700**

**Vítima: RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

**Data do Acidente: 08/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

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 CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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





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, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190700700**

**Vítima: RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

**Data do Acidente: 08/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

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 CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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. 00577/00578 - 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, 08 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190700700**

**Vítima: RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

**Data do Acidente: 08/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000005740-1**

**Conta: 000010008839-2**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  088.198.854-50 4 - Nome completo da vítima:  Ruthelle Henrique da Silva Alves

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

5 - Nome completo:  Ruthelle Henrique da Silva Alves 6 - CPF:  088.198.854-50  
 7 - Profissão:  Motorista 8 - Endereço:  Rua Nelson de M. P. Banneto 9 - Número:  575 10 - Complemento:  
 11 - Bairro:  Olinda 12 - Cidade:  Olinda 13 - Estado:  PE 14 - CEP:  53.180-000  
 15 - E-mail:   
 16 - Tel.(DDD):

## 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"/> 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

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:  0917

CONTA:  87269

AGÊNCIA:  CONTA:

(Inserir 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 da 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 informada, apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não 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 (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vôos/vovôs?  Sim  Não

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

34

Imagem digital da testemunha ou procurador (se houver)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, *Ribeirão - 06-12-2019*

*Ruthelle Henrique da Silva Alves*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



15/11/2015

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1001<sup>ª</sup> CIRCUISCRICAO - RIO BRANCO - DP1<sup>º</sup>CIRC  
DIM/1<sup>º</sup> DESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N.º 18E0091000030

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/01/2018 às 15:18

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 01/12/2017 às 18:30**

Falso ocorrido no endereço: PRACA DA REPUBLICA, 1 - Bairro: SANTO ANTONIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL.  
Local da Falsa: NAO INFORMADO / PROXIMO AO PALACIO DO GOVERNO

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

BRUNO (AUTOR / AGENTE )  
RUY CARLOS FERREIRA (VITIMA )  
RUY CARLOS FERREIRA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geraçāo da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVAALVES

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

**RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES** (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** N<sup>o</sup>: **MARIA  
ERILENE DA SILVA** P<sup>o</sup>: **FABIO HENRIQUE DE FRANCA ALVES** Data de Nascimento: **14/01/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **8236016/6DE/PE (RG)**; **000198825450** (CPF); **05514653582** (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2<sup>º</sup>**; GRAU COMPLETO Profissão: **MONTADOUR** Cursos: **EDUCAR**  
- PROJETO FEMININA

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): IML PARA EXAME DE CORPO DELITO  
Endereço Residencial: RUA NELSON MELO PAES BARRETO, 575 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS  
COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Endereço Comercial: AVENIDA PERNAMBUCO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARADUERO -  
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

BRUNO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**JULIANA BEZERRA DA SILVA** (presente su plantão) - Sex.: Feminino N<sup>o</sup>: **IZABEL BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: 4/3/1985 Naturalidade: **SAO PAULO / SAD PAULO / BRASIL** Documento: 7785977605/PE (RG). 11425760430 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 1<sup>o</sup>. **GRAU INCOMPLETO** Professor: **AUTONOMO(A)**  
Exame pericial solicitado por esta unidade: **reparação: IMI PARA EXAME DE DROPO DENTO**



Relatório de Ocorrência

Página 2 de 2

Endereço suspeito: RUA NELSON MELO PAES BARRETO, 575 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEICULO 1 (VEICULO)**, que havia em posse do(a) Sr(a): **RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEL6570** (PERNAMBUCO/INFORMADO)

Descrição: **EM NOME : WOLTMEN HENRIQUE DA SILVA ALVES**

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **BRUNO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BRUNO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FORD/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEO9347** (PERNAMBUCO/INFORMADO)

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA COM SENTIDO RECIFE ANTIGO A OLINDA, NAS PROXIMIDADES DO PALACIO DAS PRINCESA, SOFREU UMA COLISAO DE UM VEICULO DE PLACA PE09347, CONDUZIDA PELO SENHOR BRUNO, BATEU NO MEIO DE SUA MOTO JA CITADA CAUSANDO LESAO CORPORAL NO PE DIREITO GRAVE E ESCORIACOES : BRACO DIREITO NAS PERNAS E SUA ESPOSA LESAO CORPORAL LEVE E A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DO HR, ONDE FICOU SOBRE OS CUIDADOS MEDICOS, ESTEVE NO LOCAL ACIMA UMA EQUIPE DA CTTU DE N° DE BOLETIM :61796. ATRAVES DESSA AUTORIDADE SOLICITA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

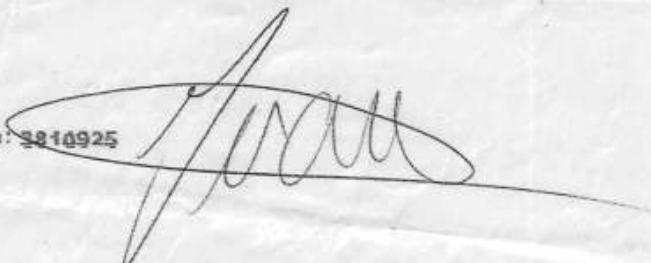
**RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

(VITIMA) *Rutchelle Henrique da Silva Alves*

**JULIANA BEZERRA DA SILVA**

(VITIMA) *Juliana Bezerra da Silva*

R.O. registrado no: **IVAN FERREIRA DE LIMA - MATRÍCULA: 3810925**






# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  088.198.854-50 4 - Nome completo da vítima:  Ruthelle Henrique da Silva Alves

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

5 - Nome completo:  Ruthelle Henrique da Silva Alves 6 - CPF:  088.198.854-50  
 7 - Profissão:  Motorista 8 - Endereço:  Rua Nelson de M. P. Banneto 9 - Número:  575 10 - Complemento:  
 11 - Bairro:  Olinda 12 - Cidade:  Olinda 13 - Estado:  PE 14 - CEP:  53.180-000  
 15 - E-mail:   
 16 - Tel.(DDD):

## 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"/> 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

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:  0917 CONTA:  87269

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 da 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, as 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vôos/vovôs?  Sim  Não

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

34

Imagem digital da testemunha ou procurador (se houver)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, *Ribeirão - 06-12-2019*

*Ruthelle Henrique da Silva Alves*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281-0142

Ouvíndice: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 717-0147

Ligações Gratuitas de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 10

Ligações Gratuitas de telefones fixos e tarifadas

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
ELIZABETE PEREIRA DA SILVA- MCID593P06

DATA DE VENCIMENTO
09/12/2019
TOTAL A PAGAR
R\$ 20,75

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
25/11/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
02/12/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
086439880

CONTA CONTRATO
0682456019
CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
24/10/2019 a 25/11/2019

CONSUMO
31

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00
--

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA:
------------------------

## VIA PARA PAGAMENTO

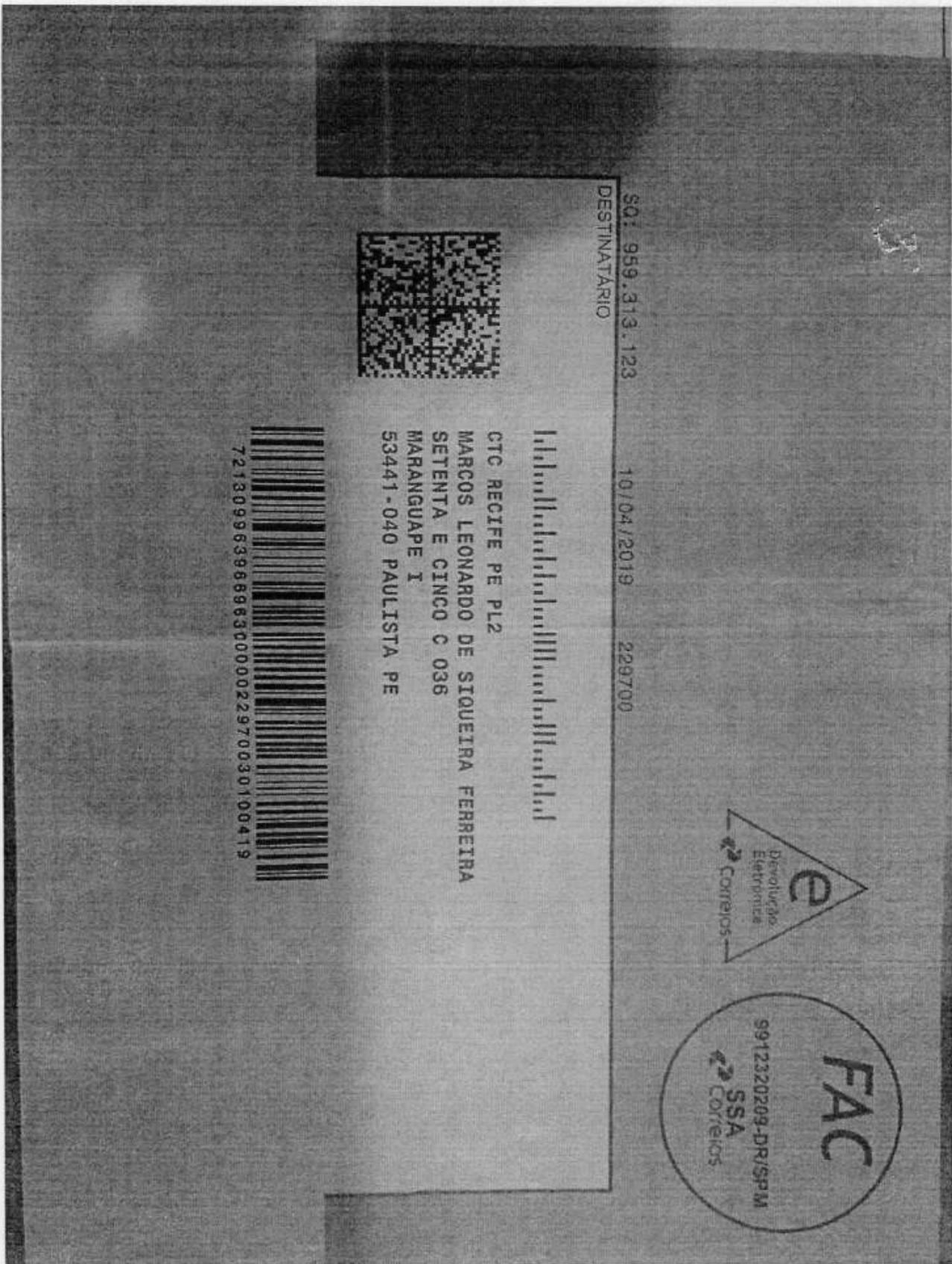
Destaque aqui			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
0682456019	11/2019	R\$ 20,75	09/12/2019
TALÃO DE PAGAMENTO			
Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

838300000004 207500110000 682456019106 158044760238



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
 Número do documento: 20073016554405700000064314405

Num. 65545254 - Pág. 16



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
Número do documento: 20073016554405700000064314405

Num. 65545254 - Pág. 17



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos Cordeiro de Souza Júnior (funcionário  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 088.046.840.574/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Mitcelice Oliveira da S. Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 08.198.854-50,  
do sinistro de DPVAT cobertura TV Valider da Vítima Mitcelice Oliveira da S. Alves  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.198.854-150, 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 Líder-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:	<u>nua 75</u>	Número:	<u>36</u>	Complemento:	<u>esq</u>
Bairro:	<u>MANEIRAS</u>	Cidade:	<u>Joinville</u>	Estado:	<u>SC</u>
E-mail:				CEP:	<u>893.400-040</u>

Local e Data: Joinville, 06-12-2019

Marcos Cordeiro de Souza Júnior  
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
Número do documento: 20073016554405700000064314405

Num. 65545254 - Pág. 18



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 088198854-50 4 - Nome completo da vítima: Rute Helle Henri Que da silva Alves

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

5 - Nome completo: Rute Helle Henri Que da silva Alves 6 - CPF: 088.198.854-50  
 7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua das Flores Bairro 9 - Número: 55 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Águas Compridas 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53180-000  
 15 - E-mail: (81) 98325-9980

## 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\$1.00 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 (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: 57401 CONTA: 8839 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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, 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 da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## 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): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 (vai nascer)? <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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a 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 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FOR JANEIRO 2020

40 - Local e Data, 07-01-20

Rute Helle H. da Silva Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Scanned by CamScanner



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE											
2 - Nº do sinistro ou ASL: <input type="text"/> 3 - CPF da vítima: <input type="text"/> 088198854-50 4 - Nome completo da vítima: <input type="text"/> RUTEHELLE Heurique da silva Alves											
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 145/2012											
5 - Nome completo: <input type="text"/> RUTEHELLE Heurique da silva Alves 6 - CPF: <input type="text"/> 088.198.854-50 7 - Profissão: <input type="text"/> RECLUSO 7 - Endereço: <input type="text"/> 11 - Bairro: <input type="text"/> AGUAS Compridos 12 - Cidade: <input type="text"/> OLINDA 13 - Estado: <input type="text"/> PE 14 - CEP: <input type="text"/> 53180-000 15 - E-mail: <input type="text"/> (81)98325-9980											
8 - Número: <input type="text"/> 9 - Complemento:											
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR											
17 - Nome completo do Representante Legal:											
18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/> 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:											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> RECLUSO 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 checked="" 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				
<input type="checkbox"/> RECLUSO 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 checked="" 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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)											
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> <td>Nome do BANCO: _____</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> <td>AGÊNCIA: _____ CONTA: _____</td> </tr> <tr> <td>(Informar o dígito se existir)</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> <tr> <td>(Informar o dígito se existir)</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)										
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____										
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____										
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)										
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)										
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.											
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE											
<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 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a 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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.											
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: <input type="checkbox"/> 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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <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											
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a 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 afiliado(a)											
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)											
40 - Local e Data, <input type="text"/> 07-01-20											
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)											
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)											
43 - Assinatura do Procurador (se houver)											

Scanned by CamScanner



20/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:25:01  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA POUPANCA  
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: RUTCHELLE H SILVA ALVES  
AGENCIA: 5740-1 CONTA : 8.839-0 VAR: 51

DATA :

NR. DOCUMENTO 20/01/2020  
VALOR DINHEIRO 484470621122501  
VALOR TOTAL 5,00

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 00000001

NR. AUTENTICACAO F.2FC.016.831.7B7.B37

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES SIC	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1614751	<b>ATENDIMENTO:</b> 00904732
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 14/08/1990	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 08/12/2017 ÀS 19:47	<b>DATA DA ALTA:</b> 11/12/2017 ÀS 19:20

**Diagnóstico Provável:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO  
1- FRATURA EXPOSTA DE 4º PDD E FECHADA DE 5º PDD

**Tratamento Realizado:**

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICOS DE FRATURAS NA EMERGENCIA

**Observação:**

AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 30 (TRINTA) DIAS  
ANALGESIA E ATB PARA CASA

**Encaminhado para:**

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. HENRIQUE BARBOSA

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: N° 10676

Recife, 11, DEZEMBRO ,2017

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamemnon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX-1 - 3181-5400



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
Número do documento: 20073016554405700000064314405

Num. 65545254 - Pág. 22



**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
Central de Agendamento Ambulatorial  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 01/02/2018 11:00Hr  
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: 110 - HENRIQUE COSTA BARBOSA  
Agenda.....: 38849

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 1614751	Same.....: 857877
Nome.....: RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES SIC	
Sexo.....: MASCULIN	
Fone.....: Residencial: (81) - 88946021 / Celular: () -	Nasc.....: 14/08/1990
Endereço.....: RUA NELSON DE MELO, 575 - AGUAS COMPRIDAS - OLINDA - PE - Cep: 53200670	
Cidade.....: OLINDA	

Agendado por THARCYZOLAS



<b>HR</b>		Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
		HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
		
		RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO
		GOVERNO DO ESTADO
Paciente:	<i>Maria de Lourdes</i>	Registro:
Clinica:		Box/Leito/Enfermaria:
<i>Recomendação</i>		
<i>Assinatura</i>		
<i>Assinatura</i>		
<i>Assinatura</i>		
Data: <u>1/07/2020</u>		
Ass. Ofício/Ass. de Embate		
Ass. Ofício/Médico/CREMEPE		
COD. 0340		



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 16:55:44  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073016554405700000064314405>  
Número do documento: 20073016554405700000064314405

Num. 65545254 - Pág. 24

**HR** Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO

Paciente: *Rockle Hygac* Registro: *123456789*  
Clínica: *União* Box/Leito/Enfermaria: *101*

*Esfoliu acut (sic)*  
*data 08/12/17.*  
*Foi feito o exame*  
*HN, operado e curado*  
*no ambulatório. Houve*  
*notícias exatas ped. Foi*  
*realizada laringoscopia*  
*exames citológicos*

Data: *01/12/18* Ass. Cartório Médico/CREMEPE

COD. 0340

