



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 | |
|--|--------------------|--------------------------------------|--------------------|
| RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES (AUTOR) | | AMARO RODRIGUES DE ARAUJO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | | |
| ARUANA SEGUROS S.A. (REU) | | | |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 65545254 | 30/07/2020 16:55 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
6002127 SDR PE

CPF
046.940.574-05

DATA NASCIMENTO
28/10/1984

FILIAÇÃO
MARCOS JOSE FERREIRA
DA SILVA
TEREZINHA DE JESUS
MACEDO SIQUEIRA

PERMISSÃO
A
ACC
CAT. HAB.
D

AP. REGISTRO
03322669175

VALIDADE
19/09/2021

EMISSÃO
06/07/2004

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR
Marcos Leonardo de Siqueira

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
20/09/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
42451490605
PE074758993


PROIBIDO PLASTIFICAR
1302138018

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1302138018

DETRAN - PE - CERNAMBUCO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452258/19

Vítima: RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

CPF: 088.198.854-50

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/12/2017

Titular do CPF: RUTHELLE HENRIQUE
DA SILVA ALVES

CPF de: Próprio

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

RUTHELLE 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 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: | Rui Valle Henrique da Silva Alves | | |
| Data do Acidente: | 06/12/2017 | CPF da vítima: | 078.198.854-50 |
| Portador da documentação: | 14108190 | | |
| Qualificação do Portador: | <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> 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 IML (cópia simples e legível)
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML, 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. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

| | |
|-------------|--|
| Data: | |
| Identidade: | |
| Assinatura: | |

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ 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)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recetário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ 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. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidiz 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 ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

| | |
|-------------|-----------|
| Data: | 10/12/19 |
| Nome: | Robson L. |
| 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 - OSTEOSsíNTESE (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 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |





PROCURAÇÃO ESPECÍFICA PARA SEGURO DPVAT

Nome: RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
CPF: 088.198.854-50 RG: 037350097 Órgão Expedidor: MT - PE
Profissão: motonista Fone: 81.983001512 - 99804-3096
Endereço residencial: RUA NELSON DE M. P. BARRATO, 575 ALVARO
Cidade: OLINDA UF: PE CEP: 53.180-000

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:

- Polícia 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 mandato, representando o outorgante em instituições que participam do consórcio do seguro Dpvt, (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 Floriano Peixoto, 76 - CEP 53401-460 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-9001

NOTAS: Escrituras, Ata Notarial, Testamentos, Procurações, Reconhecimento de Firma, Leilões, Autenticações, ETC.
Registro Geral de Imóveis - RGI

Reconheço por autenticidade a firma RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES:

Dou fe. Paulista/PE 06/12/2019 14:08:21. Emol.: R\$ 3,51, TSNR: R\$ 0,90; 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



AA449132

Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/sivodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452258/19

Vítima: RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

CPF: 088.198.854-50

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2017

Titular do CPF: RUTHELLE HENRIQUE
DA SILVA ALVES

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

RUTHELLE 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 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





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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700700

Vítima: RUTHELLE 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), RUTHELLE 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15256812

Pag. 01633/01634 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700700

Vítima: RUTHELLE 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), RUTHELLE 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. 00127/00128 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700700

Vítima: RUTHELLE 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), RUTHELLE 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. 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: RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 08/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RUTHELLE 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: RUTHELLE 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.

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 OLIVEIRA

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 OLIVEIRA 6 - CPF: 088.198.854-50
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: RUA NELSON DE M. P. BARRETO 9 - Número: 575 10 - Complemento:
11 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS 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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0917

CONTA: 87269

2

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, 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/vivos/avós? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Imprimão digital da vítima ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: OLINDA - 06-12-2019

x Ruthelle Henrique da Silva Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



file:///C:/Users/Policia/Downloads/infotexto.html

05/01/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ª CIRC
DIM/1ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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 **04/12/2017** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **PRACA DA REPUBLICA, 1 - Bairro: SANTO ANTONIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO / PROXIMO AO PALACIO DO GOVERNO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BRUNO (AUTOR / AGENTE)
RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES (VITIMA)
JULIANA BEZERRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BRUNO

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

RUTHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ERIENE DA SILVA** Pai: **FABIO HENRIQUE DE FRANCA ALVES** Data de Nascimento: **14/01/1990** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentação: **8236016/5DE/PE (RG), 08819885450 (CPF), 05514653587 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MONTADOR** Telefones celulares: **- 988845021**

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 VAN NORDESTINA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARADOURO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JULIANA BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **IZABEL BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **4/3/1986** Nacionalidade: **SÃO PAULO / SÃO PAULO / BRASIL** Documentação: **7785977/5DE/PE (RG), 11425760430 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)**
Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**



Relatório de Ocorrência

Página 2 de 2

Endereço Residencial: **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 estava em posse do(a) Sr(a): **RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CS300R** Objeto apreendido: **Não**

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

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

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: **PE09347** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA COM SENTIDO RECIFE ANTIGO A OLINDA, NAS PROXIMIDADES DO PALACIO DAS PRINCESAS, 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 ESCORIAÇÕES: 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 Nº DE BOLETIM :81796, ATRAVES DESSA AUTORIDADE SOLICITA PROVIDENCIAS CABIVEIS.

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

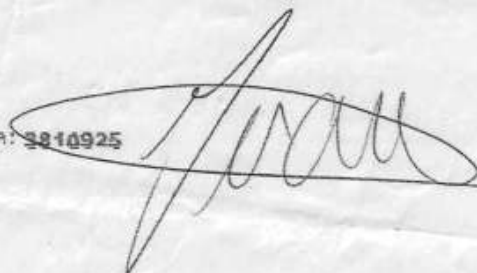
RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES

(VITIMA) *Rutchele Henrique da Silva Alves*

JULIANA BEZERRA DA SILVA

(VITIMA) *Juliana Bezerra da Silva*

R.O. registrado por: **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 OLIVEIRA

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 OLIVEIRA 6 - CPF: 088.198.854-50
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: RUA NELSON DE M. P. BANNEIRO 9 - Número: 575 10 - Complemento:
11 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS 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:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0917

CONTA: 87269

2

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, 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/vivos/avós? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: OLINDA - 06-12-2019

x Ruthelle Henrique da Silva Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | FRONTOÍDIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 221 0147
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

| | | | |
|--|--|--|---|
| DADOS DO CLIENTE ELIZABETE PEREIRA DA SILVA- MCID593P06 | DATA DE VENCIMENTO 09/12/2019 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/11/2019 | CONTA CONTRATO 0682456019 |
| ENDEREÇO RUA NELSON DE MELO PAES BARRETO 575 - AGUAS COMPRIDAS/OLINDA -53180-000 OLINDA PE - | TOTAL A PAGAR R\$ 20,75 | DATA DA APRESENTAÇÃO 02/12/2019 | 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 0682456019 | MÊS/ANO 11/2019 | TOTAL A PAGAR R\$ 20,75 | VENCIMENTO 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



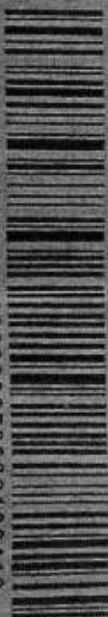
SQ: 959.313.123
DESTINATÁRIO

10/04/2019

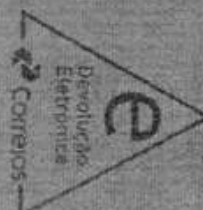
229700



CTC RECIFE PE PL2
MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA
SETENTA E CINCO C 036
MARANGUAPE I
53441-040 PAULISTA PE



7213099639888630000022970030100419



Scanned by CamScanner





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 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 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 COAF³.

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

Pelo exposto, eu MARCOS CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 088.066.940.574/05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MATHEUS PEREIRA DA S. SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.198.854.50

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima MATHEUS PEREIRA DA S. SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.198.854.50, 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>RUA 75</u> | Número: | <u>36</u> | Complemento: | <u>0225</u> |
| Bairro: | <u>MANAUSARA I</u> | Cidade: | <u>Parauapebas</u> | Estado: | <u>PE</u> |
| E-mail: | | CEP: | <u>73.441-040</u> | Tel.(DDD): | |

Local e Data:

Parauapebas, 06-12-2019

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



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: RUTEHELLE HEURIQUE 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: RUTEHELLE HEURIQUE DA SILVA ALVES 6 - CPF: 088198854-50
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Nelson de Melo Reis Barreto 9 - Número: 515 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53180-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (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:

☐ RECURSO 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).

22 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5740 1 CONTA: 8839 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

23 - Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nasoturo (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não adibetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista 07-01-20

Rutehelle H. da Silva Alves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Scanned by CamScanner

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: RUTEHELLE HEURIQUE 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: RUTEHELLE HEURIQUE DA SILVA ALVES 6 - CPF: 088.198.854-50

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. WELSON DE MELO RAS BARATO 9 - Número: 513 10 - Complemento:

11 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53180-000

15 - E-mail: 16 - Telefone: (31) 98325-9980

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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:

☐ RECLUIR 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)

22 - CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 57401 CONTA: 88390

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

23 - 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

23 - Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/viúvos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Paulista 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: RUTHELLE H SILVA ALVES

AGENCIA: 5740-1 CONTA : 8.839-0 VAR: 51

DATA :

NR. DOCUMENTO

VALOR DINHEIRO

VALOR TOTAL

QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS

NR. AUTENTICACAO

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

20/01/2020
484470621122501
5,00

00000001

F.2FC.016.831.7B7.B37





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

| | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| NOME: RUTCHELLE HENRIQUE DA SILVA ALVES SIC | PRONTUÁRIO: 1614751 | ATENDIMENTO: 00904732 |
| DATA DE NASCIMENTO: 14/08/1990 | FOI ATENDIDO EM: 08/12/2017 Às 19:47 | |
| | DATA DA ALTA: 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: Nº. 16676

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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX) 31 - 3181-5400





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente: *Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR* Registro: *123456*
Clínica: *Cardiologia* Box/Leito/Enfermaria: *123*

Receituário

3x/400mg

7

Ass: Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Ass: Carimbo/Médico/CREMEPE

Data: *30/07/2020*

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

*Rafael Henrique
da Silva
Sofor agudo
wda 08/12/17.
Foi realizado no
HN, operado e anexo
ao anexo. Houve
fotografia por
realização de
e a x-
e a x-
e a x-*

Data:

Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

COD. 0340

