

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190644371 Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644371

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644371

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

Em razão da falta de apresentação do(a) LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, FOLHAS CIRÚRGICAS, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15295897



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644371

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644371

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOSE DA CONCEICAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA JOSE DA CONCEICAO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **0000052697-7**

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo: Maria José da Conceição 6 - CPF: 019.395.894-46
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Via Mandacaru 9 - Número: 22 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Brasão de Deus 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail: Recusou 16 - Tel (DDD): 81.993046299

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: Maria José da Conceição
18 - CPF do Representante Legal: 019.395.894-46 19 - Profissão do Representante Legal: Recusou

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)
Nome do BANCO: Bradesco

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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 nascer/nasceram? ☐ 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 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

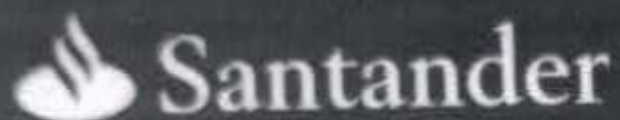
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Brasão de Deus 08/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
Maria José da Conceição

43 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



POUPANÇA

5021 2126 0335 3645

MEMBER
SINCE

09/14

GOOD
THRU

09/2

MARIA J CONCEICAO

4147 60003462-7

MasterCard

débito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Maria José da Conceição 6 - CPF: 019.395.894-46
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Vi. Mandacaruia 9 - Número: 22 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Brejo da M. de Deus 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: Recusou 16 - Tel (DDD): 81.993.046299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Maria José da Conceição
18 - CPF do Representante Legal: 019.395.894-46 19 - Profissão do Representante Legal: Recusou

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (tagas e cheques)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 4147 CONTA: 00003462 7
(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/ressarcimento 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (nascem)? ☐ 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 - ☐ Não alfabetizado ☐ Alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

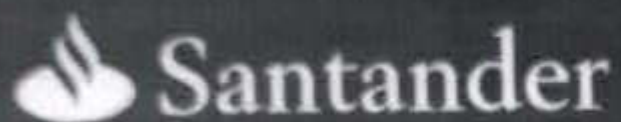
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Brejo da Madre de Deus 08/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Maria José da Conceição

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



POUPANÇA

5021 2126 0335 3645

MEMBER
SINCE

09/14

GOOD
THRU

09/21

MARIA J CONCEICAO

4147 60003462-7

MasterCard

débito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Ferreira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Maria José da Conceição 6 - CPF: 019.395.894-46
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Vi. Mandacaruia 9 - Número: 22 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Brejo da M. de Deus 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: Recusou 16 - Tel (DDD): 81.993.046299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Maria José da Conceição
18 - CPF do Representante Legal: 019.395.894-46 19 - Profissão do Representante Legal: Recusou

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (tagas e cheques)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 4147 CONTA: 00003462 7
(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/ressarcimento 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (nascidos)? ☐ 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 - ☐ Não alfabetizado ☐ Alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

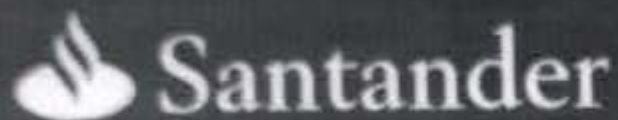
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Brejo da Madre de Deus 08/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Maria José da Conceição

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



POUPANÇA

5021 2126 0335 3645

MEMBER
SINCE

09/14

GOOD
THRU

09/21

MARIA J CONCEICAO

4147 60003462-7

MasterCard

débito



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0154001206**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2019** às **09:44**

Complementa o BO Número:

19E0154001146

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/9/2018** no período da Manhã

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (NOTICIANTE)

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ JURANDY FERREIRA** Data de Nascimento: **1/10/2003** Nacionalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: **MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **29/3/1983** Nacionalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **6621556/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDO Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDM8219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0810GR412692

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÃ TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA.

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

GUILHERME FERREIRA DOS
SANTOS
(VITIMA)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO
(NOTICIANTE)

Guilherme Ferreira dos Santos *Maria José da Conceição*

B.O. registrado por: SEVERINO EVÁLDIO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Eváldio do Nascimento
Comissário Especial da Polícia
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001146

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **11:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/9/2018** no período da Manhã

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTO

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvidas na ocorrência:
NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (NOTICIANTE)
SEVERINO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)
GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ JURANDY FERREIRA Data de Nascimento: 1/10/2003 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIÁ S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/3/1983 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 8621556/SS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIÁ S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS E8DD Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)
Placa: PDM8219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0810GN412892
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCOIGASOL

Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÃ TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA.

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

Guilherme Ferreira dos Santos maria Jose da conceicao
GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO
(VITIMA) (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: ~~SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO~~ - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001206

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2019** às **09:44**

Complementa o BO Número:

19E0154001146

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/9/2018** no período da Manhã

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (NOTICIANTE)

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO**

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ JURANDY FERREIRA** Data de Nascimento: **1/10/2003** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIÁ S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: **MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **29/3/1983** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **6621556/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIÁ S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDMM219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0810GR412692

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCOI/GASOL

Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÂ TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA.

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

GUILHERME FERREIRA DOS
SANTOS
(VITIMA)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO
(NOTICIANTE)

Guilherme Ferreira dos Santos *Maria José da Conceição*

B.O. registrado por: SEVERINO EVÁLDIO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial da Polícia
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001146

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/10/2019 às 11:52

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/9/2018 no período da Manhã

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTO

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA DO POSTO DE

SAÚDE - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (NOTICIANTE)

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

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

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ JURANDY FERREIRA Data de Nascimento: 1/10/2003 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/3/1983 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 6621556/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO MANDACAIA S/N, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDO Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PDM8219 (PERNAMBUCO/BREJO DA MADRE DE DEUS) Chassi: 9C2HD0610GR412692

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCOV GASOL

Complemento / Observação

AFIRMA A MÃE DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE, QUE PASSOU POR ALGUM OBJETO E ACABOU SE DESEQUILIBRANDO E CAINDO, A MESMA NÃO TEVE FERIMENTOS PORÉM SEU FILHO TEVE FERIMENTOS MAIS GRAVES E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE-HRA.

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

Guilherme Ferreira dos Santos maria Jose da conceicao

GUILHERME FERREIRA DOS
SANTOS
(VÍTIMA)

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



Firma nos Cartórios
1º Cartório de Notas
Av. Getúlio Vargas Antonio 475
São Paulo - SP
2º Cartório de Notas e 3º Ofício
Curitiba - PR
Arnaldo Maciel - Recife - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CERTIDÃO DE NASCIMENTO
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE SÃO DOMINGOS
MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS
ESTADO DE PERNAMBUCO

JOSÉ QUINTINO DE LIMA - OFICIAL
JOSÉ QUINTINO DE LIMA FILHO - SUBSTITUTO

Certifico que nas fls 147 do livro A - 7 nº 6386 encontra-se o registro de
nascimento de Guilherme Ferreire dos Santos,
do sexo masculino, nascido(a) aos um (01) de
Outubro de dois mil e três (2003) às
15:35 horas, em Brejo da Madre de Deus/Pernambuco
Filho(a) de José Jurendy Ferreire dos Santos, e
Maria José de Conceição,
Avós Paternos: Jurendy Belbino dos Santos, e
Cícero Quiteria Ferreire dos Santos,
Avós Maternos: Maria Severina de Conceição, e
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Registro feito no dia 28 de Outubro de 2003.

Testemunhas: Dispensadas conforme art. 197 do Reg. Interno da Corregedoria
deste estado.

Declarante: O Genitor.

Obs: 1 to Gratuito.



São Domingos 28 de Outubro de 2003.

Jose Quintino de Lima
OFICIAL

Atido somente com selo
de autenticidade e
fiscalização

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000052697-7

Nr. da Autenticação E9EC1D223D118CD0

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 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5596
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO 04/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/08/2019	CONTA CONTRATO 004007092542
MARIA DO CARMO MARQUES AGUIAR	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 28/08/2019	Nº DO CLIENTE 2001505334
CPF: 536.234.954-68		NÚMERO DA NOTA FISCAL 075474314	Nº DA INSTALAÇÃO 0006470993
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSIFICAÇÃO		
VI MANDASSAIA 2	B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Monofásico		
MADASSAIA RURAL/MANDASSAIA 55170-000 BREJO DA MADRE DE DEUS PE	RESERVADO AO FISCO		
	622E.F9D6.A396.9809.9850.6972.14F1.0462		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Consumo Ativo(kWh)	155,00	0,43561143	67,51	Vencido	De Rece	Valor	
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,15	05/08/19	28/08/19	92,13	
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,03				
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8900			3,00	Esta companhia NÃO substitui ações de dívidas anteriores a NÃO exemplar de débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 95 RDE 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.			

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 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5596
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
MARIA DO CARMO MARQUES AGUIAR	04/09/2019	28/08/2019	004007092542
CPF: 536.234.954-68	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	0,00	28/08/2019	2001505334
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA		NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
VI MANDASSAIA 2		075474314	0006470993
MADASSAIA RURAL/MANDASSAIA	CLASSIFICAÇÃO		
55170-000 BREJO DA MADRE DE DEUS PE	B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL		
	Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	RESERVADO AO FISCO		
	622E.F9D6.A396.9809.9850.6972.14F1.0462		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Consumo Ativo(kWh)	155,00	0,43561143	67,51	Vencido	De Receb	Valor	
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,15	05/08/19	28/08/19	92,13	
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,03				
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8900			3,00	Esta companhia NÃO substitui ações de dívidas anteriores a NÃO exemplar de débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 95 RDE 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.			



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

02/09/2018 11:19:57
2 de 2

Usuário do Atendimento
MARIAISC

3190644371

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

EXAME REALIZADO EM: 30/09/19 (DR. FILIPPO FERNANDES)

DATA DO ACIDENTE: 30/09/19 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 30/09/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Guilherme Fereira dos Santos

LESÃO RESULTANTE DO ACIDENTE: TCE

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):
Tratamento Conservador TCE
Até 30/09/19

ALTA MÉDICA: ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO;
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO Atingido:
1ª - Perda irreversível de consciência
2ª - com sinais e sintomas constantes, com constantes
3ª - episódios de perda de consciência, perdas de
4ª - visão lateral
5ª - 75% braço

Assinatura do Médico Avaliador: Dezembro
Assinatura do Médico: 30/09/20
Assinatura do Perito: 30/09/20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

01923



BOFEGAR L. FEITO



Maria José da Costa Fícar

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EAPEDICAÇÃO

15.03.2000

6621556

MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

Maria Severina da Conceição

NATURALIDADE

Brejo da Madre de Deus-PE.

DATA DE NASCIMENTO

29.03.1983.

DOC. ORIGEM

C.N.165.F.42.L."A"-A-1.Cart.Brejo da
Madre de Deus-PE.

CPF

SIGNASSINATURA DO DIRETOR

LEI 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARIA JOSE DA CONCEICAO

Nº de Inscrição

012325894-46

Data do Nascimento

29/03/83



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644371 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (1+/4+) EM OMBRO, ATROFIA MODERADA DA CINTURA ESCAPULAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, ATROFIA DE LEVE INTENSIDADE EM MUSCULATURA DELTOIDE.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 02/09/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO OITO EM FAIXA POR 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404796/19

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 012.325.894-46

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/09/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA JOSE DA CONCEICAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA JOSE DA CONCEICAO : 012.325.894-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS : 012.325.894-46

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: 19/11/2019
Nome: MARIA JOSE DA CONCEICAO
CPF: 012.325.894-46

MARIA JOSE DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398802/19

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 012.325.894-46

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 02/09/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA JOSE DA CONCEICAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA JOSE DA CONCEICAO : 012.325.894-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS : 012.325.894-46

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: 13/11/2019
Nome: MARIA JOSE DA CONCEICAO
CPF: 012.325.894-46

MARIA JOSE DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404796/19

Número do Sinistro: 3190644371

Vítima: GUILHERME FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 012.325.894-46

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/09/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA JOSE DA CONCEICAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA JOSE DA CONCEICAO : 012.325.894-46

Autorização de pagamento

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: 26/12/2019
Nome: MARIA JOSE DA CONCEICAO
CPF: 012.325.894-46

MARIA JOSE DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso