



Número: **0058879-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70918 193	16/11/2020 15:12	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190581923 **Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA**

Data do Acidente: 01/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14966095

Pag. 00383/00384 - carta_01 - INVALIDEZ



00020192



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
Número do documento: 20111615120194800000069531816

Num. 70918193 - Pág. 1



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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190581923 **Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA**

Data do Acidente: 01/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000013399-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190581923 **Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA**

Data do Acidente: 01/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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

Pag. 017301734 - carta_02 - INVALIDEZ



00060867

Carta nº 15063837



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
Número do documento: 20111615120194800000069531816

Num. 70918193 - Pág. 3



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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190581923 **Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA**

Data do Acidente: 01/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000013399-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 038.528.344-05 4 - Nome completo da vítima: Joaquina Dauira de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 045/2012

5 - Nome completo: Joaquina Dauira de Souza 6 - CPF: 038.528.344-05

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. B 9 - Número: 24 10 - Complemento:

11 - Bairro: Vargem Grande II 12 - Cidade: Rio de Janeiro 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 23421-036

15 - E-mail: (83) 3015-3824 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 R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Sertente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 33399 9 (Informar o dígito de escrita) (Informar o dígito de serviço)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito de escrita) (Informar o dígito de serviço)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e momente 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 de 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 assinei 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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 34, §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) 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 herdeiro (filho): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este deixo de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

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

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

05.802.494/0001-41
 DE SEGURO DA CORREIADA
 DE SEGURO DA CORREIADA

40 - Local e Data: Olímpia 25/08/2019

Joaquina Dauira de Souza.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rua da Correia, 175, 51502-010

São Paulo - SP

05.802.494/0001-41

DE SEGURO DA CORREIADA

DE SEGURO DA CORRE

1f 2

18/07/2019 15:52



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRICAO - PAULISTA -
 DP28ºCIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N°. 19E0118007007

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/07/2019 às
 16:34

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
 que aconteceu no dia 1/6/2019 às 18:20

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, O FATO
 OCORREU NA AV: A. - Bairro: MARANGUAPE - II -
 PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GEREMIAS DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
 SHIRLEYSSUANE FERREIRA (VITIMA)
 JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
 Sr(a): SHIRLEYSSUANE FERREIRA
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
 Sr(a): GEREMIAS DA SILVA

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

SHIRLEYSSUANE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Idade: MARIA
 JOSE FERREIRA Pai: ALUISIO MONTEIRO FERREIRA Data da Nascimento: 27/10/1972
 Naturalidade: JABOTACABU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
 4690188/SSP/PE (RG), 88145500488 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2º.
 GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO DE ENFERMAGEM Telefones Celulares:
 - 81986328989

Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, A MESMA RES: NA R: DO AMOR N°
 TE. JARDIM FRAGOSO.OLINDA-PE. - CEP: 56600-000 - Bairro: MARANGUAPE - II -
 PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mae:
 SANDRA CRISTINA SARAIVA Pai: JAIR JOSE DE SOUZA Data da Nascimento: 26/4/1981
 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 881871/SSP/PE (RG),
 83382834466 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU INCOMPLETO
 Profissão: PEDAGOGO Telefones Celulares:
 - 81984714126

Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, A MESMA RES: NA AV: B N° 24.
 MARANGUAPE II- PAULISTA-PE. - CEP: 56600-000 - Bairro: MARANGUAPE - II -
 PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

85.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Vila da Aurora, 1175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 56.060-010
 01/07/2019



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<https://security.sds.pe.gov.br/permambuco/VisualizaB...>

GEREMIAS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: BAIRRO DE JAGUARANA (BAIRRO), 1, R: AGOSTINHO, N° 72- JAGUARANA- PAULISTA-PE. - CEP: 58000-000 - Bairro: JAGUARANA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SHIRLEYSSUIANE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SHIRLEYSSUIANE FERREIRA** Categoría/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: **KLW3182** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEREMIAS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEREMIAS DA SILVA** Categoría/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: Não Cor: VERDE - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: **KID1501** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

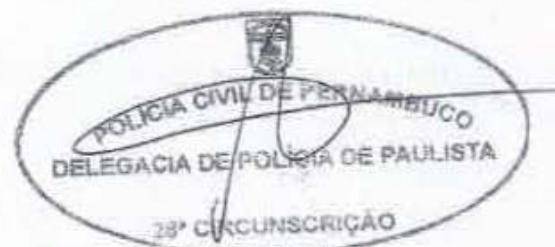
DECLARA AS VITIMAS QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO SE DESLOCAVA PARA O TRABALHO CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, FOI ATINGIDA VIOLENTAMENTE NA PARTE LATERAL VINDO A GAIR AO SOLO, AMBIAS SENDO SOCORRIDAS PELO SAMU E BOMBEIRO. A CONDUTORA DA MOTOCICLETA FOI PARA DE OLINDA E A CARONA PARA HOSPITAL MAPVIDA NA REGIAO CENTRAL, ENTRANDO NO DIA 01 AO DIA 26 DO MÊS DE JUNHO. E A CONDUTORA DEU ALTA NO MESMO DIA. A MOTOCICLETA A QUAL CONDUZIA ESTAVA EM NOME DE:ANA MARIA VIANA DE CARVALHO, RG DE N° 3862541/SDS/PE, CPF N° 78462210400,PELO FATO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

✓
SHIRLEYSSUIANE FERREIRA
(VITIMA)
QUELINE BARBOSA DE SOUZA
(VITIMA)

S.O. registrado sob: **JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: 381088-8

05.802-494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
01/07/2019
Rua da Aurora, 1175, 51.902-810
Belo Horizonte - CEP: 30.060-010
001161512019480000069531816





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista

Rua Carlos Graciano, 600 - Centro Paulista - CEP 05401-000, E-mail: atendimento@paulista.sp.gov.br
PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 96110396



N.º DA Ocorrência
02984119
N.º DA POLÍM
F.00181-2070

NOME DO CONDUTOR		CONDUTOR DO VEÍCULO	
SILVIA LEVSSU VIANA FERREIRA			
DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1933		TIPO DE VÍDEO/UF: 4590155 SSP-PE	
ENDERECO (RUA, N.º, APT., BAIRRO, CEP): Rua da Amor, nº 13, Jardim Tragoso			
TELEFONE: 061 985510199		MUNICÍPIO: Olinda	
HABILITACAO		N.º HABILITACAO: 24 08 2001	
N.º DE REGISTRO: 01942419102		VALIDADE DA CNH: <input checked="" type="checkbox"/> EM DIA <input type="checkbox"/> VENCIDA	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		USAVA CAPACETE: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
SEM INFORMAÇÃO		SEM INFORMAÇÃO	
SITUAÇÃO DO CONDUTOR		ESTADO DO CONDUTOR	
<input type="checkbox"/> PERMANECIU NO LOCAL <input type="checkbox"/> ATENDIU A VÍTIMA <input type="checkbox"/> EVADIU-SE <input checked="" type="checkbox"/> FERIDO		<input type="checkbox"/> MORTO <input checked="" type="checkbox"/> LESO	
INFRACOES CONSTATADAS		CHASSI: C2H5191080224654	
TIPO DE VEÍCULO		ESTADO DOS PNEUS	
<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> MÍXTO (MOTONETAS) <input type="checkbox"/> MOTO/NONDETE <input type="checkbox"/> ÔNIBUS.		<input type="checkbox"/> MICROONIBUS <input type="checkbox"/> TRATOR <input type="checkbox"/> TRAÇÃO ANIMAL <input type="checkbox"/> CACHIMBAS <input type="checkbox"/> CORRIDA DE VÉHICULOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM		<input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA	
EXTENSÃO DA MARCA DE FRENAÇÃO (m)		AUTO DE INFRAÇÃO	
CÓDIGO (S) DA (S) INFRAÇÃO(S)		MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS	
		<input type="checkbox"/> RETENÇÃO DO VÉHICULO <input type="checkbox"/> REMOÇÃO DO VÉHICULO <input type="checkbox"/> RECERIMENTO DA CNH <input type="checkbox"/> RECERIMENTO DA PERMISSÃO <input type="checkbox"/> RECERIMENTO DO CRV <input type="checkbox"/> RECERIMENTO DO CLA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DA CARRETA <input type="checkbox"/> NENHUMA	

NOME DO PROPRIETÁRIO		VEÍCULO	
ANA MARIA VIANA DE CANVALHO			
ENDERECO (RUA, N.º, APT., BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
PLACA/V: KIN 3783		MARCA/Modelo: HONDA POP 100	
TIPO DE VÉHICULO		ESTADO DOS PNEUS	
<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> MÍXTO (MOTONETAS) <input type="checkbox"/> MOTO/NONDETE <input type="checkbox"/> ÔNIBUS.		<input type="checkbox"/> MICROONIBUS <input type="checkbox"/> TRATOR <input type="checkbox"/> TRAÇÃO ANIMAL <input type="checkbox"/> CACHIMBAS <input type="checkbox"/> CORRIDA DE VÉHICULOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
<input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM		<input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA	
INFRACOES CONSTATADAS		CHASSI: C2H5191080224654	
EXTENSÃO DA MARCA DE FRENAÇÃO (m)		MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS	
		<input type="checkbox"/> RETENÇÃO DO VÉHICULO <input type="checkbox"/> REMOÇÃO DO VÉHICULO <input type="checkbox"/> RECERIMENTO DA CNH <input type="checkbox"/> RECERIMENTO DA PERMISSÃO <input type="checkbox"/> RECERIMENTO DO CRV <input type="checkbox"/> RECERIMENTO DO CLA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DA CARRETA <input type="checkbox"/> NENHUMA	

VÍTIMA		PASSAGEIRO / PEDESTRE / VÍTIMA DO VÉHICULO	
<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> PEDESTRE		NOME DA VÍTIMA: JAQUELINE SANTOS DE SOUZA	
DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1921		SEXO: M IDENTIDADE/CRÉDITO: 0036731 SDS PE	
ENDERECO (RUA, N.º, APT., BAIRRO, CEP)			
TELEFONE		MUNICÍPIO	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO		USAVA CAPACETE: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	
POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VÉHICULO:		ESTADO DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> NA FRENTE <input checked="" type="checkbox"/> ATRAS <input type="checkbox"/> EM PÉ		<input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> FERIDO	

VÍTIMA		PASSAGEIRO / PEDESTRE / VÍTIMA DO VÉHICULO	
<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> PEDESTRE		NOME DA VÍTIMA: 05-802-04/0001	
DATA DE NASCIMENTO: 05-08-1940		SEXO: M IDENTIDADE/CRÉDITO: TRÂNSITO CORRETA LTDA	
ENDERECO (RUA, N.º, APT., BAIRRO, CEP)		Soc. Mobilidade e Transportes	
TELEFONE		MUNICÍPIO	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO		USAVA CAPACETE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	
POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VÉHICULO:		ESTADO DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> NA FRENTE <input type="checkbox"/> ATRAS <input type="checkbox"/> EM PÉ		<input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO <input type="checkbox"/> MORTO <input checked="" type="checkbox"/> FERIDO	





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista
Rua Celso Grinberg, s/nº - Centro Paulista, Paulista/PE - CEP 59401-000, E-mail: trânsito@paulista.pe.br
PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 391812078



Nº DA OCORRÊNCIA
038A/19
Nº DA FOLHA

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

VEÍCULO N° 02

O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO CONDUTOR DO VEÍCULO

- OBSERVAÇÕES: 1 - O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
2 - O Condutor deverá assinar a declaração do condutor do respectivo veículo;
3 - O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade do condutor.

DESENHO DA PLACA DO VEÍCULO PREENCHIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO		SENTO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
NOME DO CONDUTOR <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Junior</i>		DATA DE NASCIMENTO 27/10/1966 IDENTIDADE	
ORGÃO EXPEDIDOR 112982-559 PE		CPF 472982924-15	
DESENHO DA PLACA DO VEÍCULO PREENCHIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO			
<p>CONDUTOR DO PALIO KID 1891 CONDUTIA O VEÍCULO S QUANDO CHEGO NA AVENIDA LA MARANGUAPETTI A MOTO DEU NO FREIO E A MOTO ECLOU COM O CORPO PARA CIMA DO CARRO KLW 3183</p>			
Assinatura do Condutor <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Junior</i>			
DESENHO DA PLACA DO VEÍCULO PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO			
PLACA/UF	MARCA/Modelo	RENAVAM	
KID-1891	FIAT / PALIO	669082740	
DATA 01/06/19	HORA 07:00	CHASSI 98D178016T0139607	
AVARIAS DO VEÍCULO PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO			
<p>PALIO BANSA QUEBRA LARO ESCURO FAROL LENDO DINTRO QUEBRA TANQUE DA GÁS QUASE VAZIO LARO F. DE F.</p>			
NOME DO AGENTE <i>Cordeiro de Melo Junior</i>		NÚMERO 70944 ASSINATURA	
038A/19/00011 TRACAB/CORRETORA DE SEGUROS LTDA 04 SET 2019 RUA DA JUSTIÇA, 175 RECIFE - PE CEP 50000-000			





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista

Rua Campo Grande, 611-A - Centro - Paulista/PE - CEP: 53401-1400, E-mail: simulacrum@bol.com.br
PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 881212676



DA OCRA INFECTA

098A/19

104 P. L. E.

SÍMBOLOS	
	AUTOMÓVEL
	ÔNIBUS OU CAMINHÃO
	TREM
	CAMINHÃO
	VEÍCULO TRATOR
	VEÍCULO AUSENTE
	RESGATE/TERREMOTO/RESSACA
	VEÍCULO DE DUAS RODAS
	VEÍCULO DE TRÊS RODAS
	OBJETO FECHADO
	FORESTA
	ANIMAL
	MARCHA A FRENTE
	MARCHA A RE
	ANTES DO ACIDENTE
	LOCAL DO ACIDENTE
	DEPOIS DO ACIDENTE
	BARRAGEM
	CAPOTAMENTO
	INCÊNDIO
	TOBAMENTO
	SEMÁFORO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE: Descreva o acidente no seguinte formulário:

AO CHEGAR NO LOCAL OS V₁ E V₂ SE ENCONTRAVAM NO LOCAL COM PRESERVAÇÃO DO ACIDENTE, AMBAS AS VÍTIMAS DA MOTOCICLETA AGUARDAVAM A CHEGADA DO ATENDIMENTO. ÀS 08h EQUIPE CBMPC 826 PLACA: PGW-8003 CHEGOU AO LOCAL

Assinatura: *[Assinatura]*

Confere com o Original: *20/06/19*

Func: *ME-NUTG*

Nome do Agente:

VEÍCULO: *VT-002* **MATRÉCULA:** **ASSINATURA:**

IDENTIFICAÇÃO: *02-02-494/0001-13*

DATA DE NASCIMENTO: */ /* **SEXO:** M F **TELEFONE:** *()* **IDENTIFICAÇÃO/ÓRGÃO/UF:** **CPF:**

DATA DE NASCIMENTO: */ /* **SEXO:** M F **TELEFONE:** *()* **IDENTIFICAÇÃO/ÓRGÃO/UF:** **CPF:**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
Número do documento: 2011161512019480000069531816

Núm. 70918193 - Pág. 10



**Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista**

Rua Campo Grande, 514 - Automa Paulista, Paulista/PE - CEP 53401-000, E-mail: automa@automa.com.br
PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - Fone: 981812070



Nº DA OCORRÊNCIA
058A/19

BOAT - BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

De acordo com o Manual de Procedimentos do Sistema Nacional de Estatísticas de Acidentes de Trânsito - SINET

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE									
DATA:		HORA:		FASE DO DIA:		DIA DA SEMANA:			
01/06/19		07:00		<input checked="" type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> NOITE		<input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> SEGUNDA <input type="checkbox"/> TERÇA <input type="checkbox"/> QUARTA <input type="checkbox"/> QUINTA <input type="checkbox"/> SEXTA <input checked="" type="checkbox"/> SÁBADO			
ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO									
Localizar com exata localização do acidente na área de abrangência:									
		AV/RUA/RODOVIA:		Nº		KM		METROS	
VIA A		AV. A		750					
COMPLEMENTO:		SENTEZDO							
BAIRRO:		CEP:		PONTO DE REFERÊNCIA:					
MARANGUAPE 2				NUCLEO DE POLICIA					
VIA B									
VIA C									
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO									
Localizar com exata localização do acidente e confronto com o mapa da área de abrangência:									
		AV/RUA/RODOVIA:		Nº		KM		METROS	
VIA A		AV. A							
COMPLEMENTO:		SENTEZDO							
BAIRRO:		CEP:		PONTO DE REFERÊNCIA:					
VIA B									
VIA C									

TIPO DE ACIDENTE:			INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE		
<input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL	<input type="checkbox"/> ENGANETAMENTO	<input type="checkbox"/> CHOQUE	SEVERIDADE DO ACIDENTE		
<input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA	<input type="checkbox"/> TONBAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO PEDESTRE	<input type="checkbox"/> COM VITIMA FATAL	QUANTIDADE DE VÍTIMAS	
<input type="checkbox"/> COLISÃO TRANSVERSAL	<input type="checkbox"/> CAPUTAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO ANIMAL	<input checked="" type="checkbox"/> COM FRIZIDO	01 CONDUTORES FERIDOS	
<input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL	<input type="checkbox"/> SAÍDA DE PISTA	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> SEM VITIMA	01 CONDUTORES MORTOS	
COS: NAS Ocorrências que DATA SO O TIPO DE ACIDENTE, FAZER ATUALIZAMENTE SE ESTA SO A CATEGORIA DE ACIDENTE, COM A CATEGORIA SEU DE SEU ACIDENTE			QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS		
			02 COM DANOS		
			SEM DANOS		
			EVADIDOS		
JURISDIÇÃO DA VIA		DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR		SOCORRIDO NO LOCAL PON.	
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL		<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> MUNÔ	<input type="checkbox"/> POSTE	<input checked="" type="checkbox"/> AMBULÂNCIA/SAMU
<input type="checkbox"/> ESTADUAL		<input type="checkbox"/> BERPÓDIO	<input type="checkbox"/> PLACA DE SINALIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SAMBÔMELOS BM/PE	<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA
ÁREA		<input type="checkbox"/> OUTROS (especificar):		07/08/2010 226 10300	
<input checked="" type="checkbox"/> URBANA				AMBULÂNCIA OF	
<input type="checkbox"/> RURAL				07/08/2010 226 10300	
PRECISÃO TÉCNICA NO LOCAL (E, F, G)					
<input checked="" type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RADIFICADA					
07/08/2010 226 10300					





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista

Rua Campo Grande, s/nº - Centro Paulista, Paulista/PE - CEP 53401-000. E-mail: dtcp@pmpe.gov.br

PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 58112070



Nº DA Ocorrência
098419
Nº DA FOLHA
F.00181-2070

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

VEÍCULO N° 01

O PREENCHIMENTO ILEGÍVEL SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO CONDUTOR DO VEÍCULO.

- OBSERVAÇÕES: 1 - O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
2 - O Condutor deverá assinar a declaração do condutor do respectivo veículo;
3 - O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade do condutor.

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR PREENCHIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO

Nome do condutor: Sexo: M F
Data de nascimento: Identidade: Cidade expedidor: UF: CPE:

DESCRIVA ABAIXO COMO OCORreu O ACIDENTE PREENCHIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO

CONDUTORA NÃO PODE RELATAR, SEM CONDIÇÕES FÍSICAS
E PSICOLÓGICAS.

Foi socorrida pela CBM/PE - 826.

Ass. Padrinhos:
Confirou tudo o que consta.
Data: 20/06/19
JP - 14146

ASSINATURA DO CONDUTOR:

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO

PLACA/UF: KLW-3183 | MARCA/MODELO: HONDA / POP 100 | RENAVAM: 966792858

DATA: 01/06/19 | HORA: 07:00 | CHASSI: C2H502108RD24654

AVARIAS DO VEÍCULO PREENCHIDO PELO AGENTE DE TRÂNSITO

MONETA LADO ALIMENTO MACHUCAO
MATA GATOS LADO ESTANTE MACHUCAO
FANALOTE LADO OS CINQUES DIREITOS QUERELA

Nome do absenté: Matrícula: Assinatura:





Prefeitura Municipal do Paulista
Secretaria de Mobilidade e Transporte
DTCP-Diretoria de Trânsito da Cidade do Paulista

Rua Celso Granda, s/nº - Autodromo Paulista/PE - CEP 83401-000. E-mail: autodromo@autodromo.com.br
 PLANTÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - FONE: 981812070



Nº DA OCORRÊNCIA

098 169

Nº DA FOLHA

598181-2070

NOME DO CONDUTOR <i>TONIACIAS DA SILVA</i>		NOME DO PROPRIETÁRIO <i>TONIACIAS DA SILVA</i>	
DATA DE NASCIMENTO <i>27/08/1956</i>	SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF <i>LE 1707262</i>	UF <i>PE</i>
ENDERECO (RUA, N°, APT, BAIRRO, CEP) <i>RUA BEQUINHO 440 N° 72 JACAREÍANA</i>		TELEFONE <i>(031) 34386839</i>	
HABILITACAO <input checked="" type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> PERMISSÃO <input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO <input type="checkbox"/> NÃO EXCEPCIONAL <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRA <input type="checkbox"/> NÃO APRESENTOU CNH		VALIDADE DA CNH <i>23/09/1989</i>	CATEGORIA DA CNH <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Nº DE HABILITACAO <i>01988191998</i>		USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		SITUAÇÃO DO CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> FERIANCEIRO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ATENDEU A VÍTIMA <input type="checkbox"/> EVADIU-SE <input type="checkbox"/> SOCORRIDO	ESTADO DO CONDUTOR <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> FERIDO <input checked="" type="checkbox"/> ALÉSIO
SEM INFORMAÇÃO		SEM INFORMAÇÃO	

NOME DO PROPRIETÁRIO <i>TONIACIAS DA SILVA</i>		NOME DO CONDUTOR <i>TONIACIAS DA SILVA</i>	
ENDERECO (RUA, N°, APT, BAIRRO, CEP) <i>Rua 1895</i>	TELEFONE <i>(031) 34386839</i>	MUNICÍPIO <i>PAULISTA</i>	UF <i>PE</i>
PLACA/ Nº <i>K16-1895</i>	marca/modelo <i>Fiat Palio</i>	Nº ASSESSORIA <i>43017801670174609</i>	
TIPO DE VEICULO <input checked="" type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> MOTO/CICLETA <input type="checkbox"/> MOTO/CICLETA <input type="checkbox"/> MOTO (CAMPINHA) <input type="checkbox"/> CAMINHONETE <input type="checkbox"/> ÔNIBUS	ESTADO DOS PNEUS <input type="checkbox"/> MECÔNICO <input type="checkbox"/> TRATOR <input type="checkbox"/> TRACÃO ANTRAC <input type="checkbox"/> CARENHADO <input type="checkbox"/> COMBINAÇÃO DE VEHICULOS <input type="checkbox"/> OUTRO	DANOS NO VÉHICULO <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA	MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS <input type="checkbox"/> ATTENÇÃO DO VÉHICULO <input type="checkbox"/> REMOÇÃO DO VÉHICULO <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA CNH <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA PERMISSÃO <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CAV <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CLA <input type="checkbox"/> TRANSBORDO DA CARGA <input type="checkbox"/> NENHUMA
EXTENSÃO DA MARCA DE FRENAÇÃO (M)		INFRAÇÕES CONSTATADAS <input type="checkbox"/> SEM <input checked="" type="checkbox"/> REO	
AUTO DE INFRAÇÃO		CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(S) (M)	

VÍTIMA <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE		NOME DA VÍTIMA	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	DATA DE NASCIMENTO <i>20/06/19</i>
ENDERECO (RUA, N°, APT, BAIRRO, CEP)		CONFIRMAÇÃO DA VÍTIMA <i>Confirme com a original</i>	
TELEFONE	MUNICÍPIO	FONE <i>(031) 34386839</i>	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VÉHICULO <input type="checkbox"/> NA FRENTE <input type="checkbox"/> ATRAS <input type="checkbox"/> EM PE	ESTADO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> FERIDO

VÍTIMA <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE		NOME DA VÍTIMA	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	DATA DE NASCIMENTO <i>05/02/1984</i>
ENDERECO (RUA, N°, APT, BAIRRO, CEP)		CONFIRMAÇÃO DA VÍTIMA <i>Confirme com a original</i>	
TELEFONE	MUNICÍPIO	FONE <i>(031) 34386839</i>	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VÉHICULO <input type="checkbox"/> NA FRENTE <input type="checkbox"/> ATRAS <input type="checkbox"/> EM PE	ESTADO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> FERIDO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 038.528.344-05 4 - Nome completo da vítima: Joaquina Dauira de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 045/2012

5 - Nome completo: Joaquina Dauira de Souza 6 - CPF: 038.528.344-05
 7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. B
 9 - Número: 24 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Vargem Grande II 12 - Cidade: Rio de Janeiro
 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 23421-036
 15 - E-mail: (83) 3013-3824

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 33399 9

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

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 assinei 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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 34, §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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (s) falecido(s): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este deixo constar que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legal de quem assina o rogo/a pedido

35 - Nome legal de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legal de quem assina o rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

05.802.494/0001-41

ACORD CORRETORA

DE SEGURO LIDER

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17

01.01.17



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000744 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr("). JAIR JOSE DE SOUZA , 64 anos, BRASILEIRO(a), VIÚVO(a), RG nº 1.245.978 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 196.491.774-34, residente à AV B , nº 24, , MARANGUAPE II, PAULISTA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/06/2019, por volta das 07:35 hs, no endereço: RODOVIA PE 22, S/N, MARANGUAPE II PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA POP HONDA, PRETA, KLW3183-PE ; AUTOMÓVEL FIAT PALIO, PRETA, KID1891-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(") JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA , inscrito sob o CPF nº 038.528.344-06 e Registro Geral nº 6.038.731, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710231-3 LEMUEL. Foi transportado(a) para o HOSPITAL HAPVIDA ILHA DO LEITE. Registrado(a) com o prontuário nº 18168772. Ficou aos cuidados do médico BENJAMIN, registro 23263. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 25/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site:
<http://www.cbm.pernambuco.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000744

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
04 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000013399-9

Nr. da Autenticação EACEC04DF196C95F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
Número do documento: 20111615120194800000069531816

Num. 70918193 - Pág. 16

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: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000013399-9

Nr. da Autenticação E73C0C772262F576



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
Número do documento: 20111615120194800000069531816

Num. 70918193 - Pág. 17



PREVIDÊNCIA SOCIAL

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176



005407

Wavelengths of the Sun

JACQUELINE SARAIVA DE SOUZA
B 24
MARANGUAPE II
PAULISTA - PB
53421-036



5013196987412370000000926330240619

SEMANTIC WEB

009386

INSS
AG DA PREVIDENCIA SOCIAL OLINDA
AV DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA 160 0
CASA CAIADA
OLINDA - PE
53130-410

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: _____/_____/_____

EM: _____ PERSONAL: _____ VISION: _____

PERSONAL

• 100 •

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

卷之三

05.802.494/0001-43
THAGÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA ARENA, 10175, 51.902 BL C
Belo Horizonte - CEP: 50.060-010
www.thagao.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011161512019480000069531816>
Número do documento: 2011161512019480000069531816

Num. 70018103 Pág. 18



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)

Capital 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 9135

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 de indenização do Seguro DPVAT; contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RENSSSEGUR. ³ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Lívia Fernandes Almeida declaro:

Inscrita (a) no CPF/CNPJ 046.411.374 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joqueline Saraiva de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.528.344 / 06

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez, da Vítima Joqueline Saraiva de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.528.344 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Yves Fernandes Almeida</u>	Número:	<u>21</u>	Complemento:	<u>B</u>
Bairro:	<u>Ja. Atlântico</u>	Cidade:	<u>Ulima</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>YVASSSESSORIAPENDENCIAS@outlook.com</u>			Tel. (DDD):	<u>(81) 3011-3224</u>

Local e Data: Ulima, 23.08.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
R. 1.º CENTRO
808 VILA - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>

Num. 70918193 - Pág. 20

Número do documento: 20111615120194800000069531816

3190514387



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1586 | Outras regiões: 0800 022 22.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81.89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12.05 | Central Ouvilófia: 0800 021 91.95

Eu, Ana Maria Viana de Carvalho,
 RG nº 9852843, data de expedição 28/07/10,
 Órgão SOSPE, portador do CPF nº 78460816400,
 com domicílio na cidade de Olinda, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Presidente Vargas de Olinda, nº 600,
 complemento declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Jaqueline Borges de Souza, cujo o condutor era
Shirleyssiane Ferreira,
 Veículo: Yardinha Modelo: Yardinha Pop 1.0 Ano: 2008
 Placa: HLW5383 Chassi: 9E24302308R034654
 Data do Acidente: 01/06/19

Local e Data: Olinda 19 de setembro de 2019.

2º
Carvalho

Ana Maria Viana de Carvalho
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 507 709

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CARTÃO DE NOTAS E
PROTESTOS DE OLINDA
Tenele Diogo Nunes

2º CARTÃO DE NOTAS E PROTESTO DE OLINDA-PE
Av. Getúlio Vargas, 505 - Centro Olinda
Pelo atendimento, envie e-mail para: olinda@tenele.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma da ANA MARIA VIANA DE
CARVALHO
Olinda, 19/06/2019 11:55:26. - Em testemunho da
verdade.
IRACILME GUEIRE DA SILVA
ESCRIVANIA. Email: AF 3.81, TNA: R\$ 0,80 FTRG: R\$ 0,40
TFRM: R\$ 0,04, MUNICO: R\$ 0,00. Total: 4,91. Consulte
autenticidade em www.tipe.jus.br/validigital
Tel: 0119426.63009201901.01631



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>

Num. 70918193 - Pág. 21

Número do documento: 20111615120194800000069531816



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01/01/2019

Rua da Aurora, 19175, 51.902 BL. C
Beira Vista - CEP: 50.060-010
SC/PE/PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
Número do documento: 20111615120194800000069531816

Num. 70918193 - Pág. 22

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190514387 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 1/2/3/8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @12 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>

Num. 70918193 - Pág. 24

Número do documento: 20111615120194800000069531816

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581923 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DOR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ANTERIOR INFRA PATELAR DO JOELHO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO E AUXILIO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA EM 1,5 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
Número do documento: 20111615120194800000069531816

Num. 70918193 - Pág. 25

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190514387
Nome do(a) Examinado(a): Jaqueline Saraiva de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida B, S/N
Maranguape II Paulista PE CEP: 53421-036
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6038731
Data local do acidente: [01/06/2019]
Data local do exame: [01/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSINTSE COM HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM PSEUDOARTROSE
Data da Alta: VITIMA EM TRATAMENTO

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETA, APRESENTA ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

“Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

“Sem sequela permanente”

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>

Num. 70918193 - Pág. 26

Número do documento: 20111615120194800000069531816

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356199/19

Vítima: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

CPF: 038.528.344-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/06/2019

Titular do CPF: JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

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

JAQUELINE SARAIVA DE SOUZA : 038.528.344-06

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: 14/10/2019
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 15:12:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111615120194800000069531816>
Número do documento: 20111615120194800000069531816

Num. 70918193 - Pág. 27