



Número: **0000887-16.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **10/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUZIA NUNES DA CRUZ (REPRESENTANTE)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71811083	30/11/2020 16:13	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480254

Vítima: MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA

Data do Acidente: 14/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUZIA NUNES DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

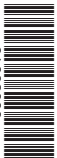
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14714671

Pag. 00031/00032 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030016





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

**Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190480254**

**Vítima: MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA**

**Data do Acidente: 14/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUZIA NUNES DA CRUZ**

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: **LUZIA NUNES DA CRUZ**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000076573-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

707.407.824-79 Maria Livia Nunes da Souza

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 Livia Nunes da Souza 6 - CPF: 707.407.824-79  
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: FZ Poço do Sennote 9 - Número: 13 10 - Complemento: Fazenda  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Serra Talhada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56915-899  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Luzia Nunes da Cruz  
18 - CPF do Representante Legal: 044.804.374-28 19 - Profissão do Representante Legal: Agricultora

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 76543 3 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ 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

Assinatura  
do(a) segurado(a)  
ou representante legal

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: Serra Talhada 24/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267002644**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/07/2019** às **15:59**

Complementa o BO Número: **19E0267002643**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **14/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ACETAMENTO POÇO DO SERROTE, EM FRENTE AO RANCHO MAGALHAES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUZIA NUNES DA CRUZ ( AUTOR \ AGENTE )  
MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUZIA NUNES DA CRUZ**

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

**MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: LUZIA NUNES DA CRUZ Pai: JOSE CICERO DE SOUZA Data de Nascimento: 7/4/2008 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residencial: **ACETAMENTO POÇO DO SERROTE, RANCHO MAGALHAES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, RANCHO MAGALHAES**

**LUZIA NUNES DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO DA CRUZ Pai: JOAQUIM NUNES DA CRUZ Data de Nascimento: 26/3/1982 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUZIA NUNES DA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUZIA NUNES DA CRUZ**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KID2194 (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE)** Renavam: **21279882** Chassi: **9C2KD0520AR041947**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**





## Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE LUZIA NUNES DA SILVA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTA BOE A QUAL COMUNICA QUE EM DATA E HORA AQUI DESCRITOS QUANDO TRAFEGAVA PELO ACENTAMENTO NA MOTO BROZ AQUI DESCRITA JUNTAMENTE COM SUA FILHA DE NOME MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA TAMBEM JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE BOE E PELO MOTIVO DE TER CHOVIDO E TINHA MUITA LAMA NA ESTRADA A MESMA PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO VINDO A MESMA A TOMBAR E FICAR POR CIMA DA PERNA DIREITA DE MARIA LIVIA VINDO A MESMA A SOFRER FRATURA ESPOSTA NA REFERIDA PERNA ONDE A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL AGAMENOM MAGALHAES ONDE FOI OPERADA PELO MEDICO JOELSON A JUNIOR E POSTERIORMENTE OPERADA PELO DR. ANDRE BARRETO CRM 9608 TEOT - 4536 E POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO FRENTE AO SEGURO DPVAT.

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

LUZIA NUNES DA CRUZ  
(AUTOR \ AGENTE)

*Luizia Nunes da Cruz*

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**

*Sílvio Romero Gois de Oliveira*



11/07/2019 15:49





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP 177ª CIRC  
DINTER 2/21ª DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0267002643**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/07/2019** às **15:19**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **14/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ACETAMENTO POÇO DO SERROTE, EM FRENTE AO RANCHO MAGALHAES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

LUZIA NUNES DA SILVA (AUTOR / AGENTE )  
MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUZIA NUNES DA SILVA

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

**MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: LUZIA NUNES DA SILVA Pai: JOSE CICERO DE SOUZA Data de Nascimento: 7/4/2008 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **ACETAMENTO POÇO DO SERROTE, RANCHO MAGALHAES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, RANCHO MAGALHAES**

**LUZIA NUNES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO CARMO DA SILVA Pai: JOAQUIM NUNES DA SILVA Data de Nascimento: 26/3/1982 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUZIA NUNES DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KID2194** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **21279882** Chassi: **9C2KD0520AR041947**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

**Complemento / Observação**





COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE LUZIA NUNES DA SILVA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTA BOE A QUAL COMUNICA QUE EM DATA E HORA AQUI DESCRITOS QUANDO TRAFEGAVA PELO ACENTAMENTO NA MOTO BROZ AQUI DESCRITA JUNTAMENTE COM SUA FILHA DE NOME MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA TAMBEM JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE BOE E PELO MOTIVO DE TER CHOVIDO E TINHA MUITA LAMA NA ESTRADA A MESMA PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO VINDO A MESMA A TOMBAR E FICAR POR CIMA DA PERNA DIREITA DE MARIA LIVIA VINDO A MESMA A SOFRER FRATURA ESPOSTA NA REFERIDA PERNA ONDE A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL AGAMENOM MAGALHAES ONDE FOI OPERADA PELO MEDICO JOELSON A JUNIOR E POSTERIORMENTE OPERADA PELO DR. ANDRE BARRETO CRM 9608 TEOT - 4536 E POR ESTE MOTIVO FAZ TAL COMUNICAÇÃO PARA FINS DE DIREITO.

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

LUZIA NUNES DA SILVA  
(AUTOR \ AGENTE)

*Luizia Nunes da Cruz*

B.O. registrado por: **SÍLVIO ROMERO GOIS DE OLIVEIRA** - Matrícula: **384864-7**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

707.407.824-79 Maria Livia Nunes da Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Maria Livia Nunes da Souza 707.407.824-79 Estudante FZ Poço do Sennote 13 Fazenda Zona Rural Serrinhahada PE 56915-899

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:

Luzia Nunes da Cruz 044.804.374-28 Agricultora

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 76543 3 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/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: Serra Talhada 24/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Cartório do Registro Civil das Pessoas  
naturais do 1º Distrito - SEDE

SERRA TALHADA - PE

Ana Maria de Almeida Rodrigues  
Oficial Maior

JOSE ANCHIETA DE CARVALHO FILHO

Cartório do Registro Civil das Pessoas

Constância Pereira Lima

Escrevente

ANA MARIA DE ALMEIDA RODRIGUES - Oficial Maior

JOSE ANCHIETA DE CARVALHO FILHO - Substituto

CONSTÂNCIA PEREIRA LIMA - Escrevente

## DO REGISTRO CIVIL

### CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, sob Nº. 58.200 à fls. V-268,  
do Livro Nº. A-102 de Registro de Nascimentos, encontra-se o assento de  
MARIA LÍVIA NUNES DE SOUZA  
nascid a a os Seta (07) de abril de dois mil  
e oito (2008), às 08.34 horas, maternidade  
São Vicente, nesta Cidade  
do sexo feminino filh a de José Cicero de Souza  
e Luzia Nunes da Cruz, naturais deste Estado

Sendo avós paternos José de Souza  
e dona Maria de Lourdes Santos Souza  
e maternos Joaquim Nunes da Cruz  
e dona Maria do Carmo da Cruz (falecida)  
tendo sido declarante Os genitores DN Nº 40752292.  
e testemunhas X.X.X.X.X.X.X.X.

O assento foi feito em 10 de abril de 2008

Observações:

Válida  
autêntica

de  
ac

O referido é verdade e dou fé.

Serra Talhada 10 de abril

*João Anchieta de Carvalho*  
Oficial do Registro Civil





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 119
Data: 14-03-19	Hora: 13:58					
Nome: Maria Lúcia Nunes de Souza	Profissão: Estudante					
Nome Social:	Estado Civil: Solteira					
Nascimento: 01-04-2008	Sexo: Feme	Responsável: Genitora				
Escolaridade: 5º ano						
Mãe: Lúcia Nunes de Souza						
Endereço: Presentemente R. S. S. S. S.	Fone: 81-9633-1062					
Bairro: 12 Rural	Município: 5 Talhada PE	RG/CPF:				
Cartão SUS:						
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						
VERMELHO						
AMARELO						
VERDE						
AZUL						
Situação/Queixa:						
1						
PA: 130 x 80	Pulso:	HGT:	T:	SpO2	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:			Carimbo e Assinatura:			

### ATENDIMENTO MÉDICO

#### História e Exame Físico:

Prontidão última de grande de muito com febre  
resposta de tálamo D.

Mg 0

#### Tratamento:

1) 500mg - 500 ml EV  
2) Paracetamol 650mg EV  
3) no outorgado  
4) KAFER 1g. Vel 5

#### Hipótese Diagnóstica:

Febre aguda.

#### Carimbo e Assinatura:

Dr. Joelson A. Júnior  
Cardiologista  
CRM 18115





**HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES**  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

**Relatório de Operação**

Nome do Paciente <i>M<sup>a</sup> Lívia Nunes de Souza</i>		Número do Registro
Clínica <i>Ortopedia</i>		Número do Leito
Operador		
1º Assistente	2º Assistente	
Instrumentador	Anestesista <i>Dr. Luciano</i>	
Anestesia	Duração	
Data da Operação <i>15/03/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura do fêmur distal</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O membro</i>		
Operação Proposta <i>limpeza cirúrgica + fixação externa</i>		
Operação Realizada <i>A. Proposta</i>		

**DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO**

- 1) DDA sob anestesia
- 2) Preparação de membros inferiores
- 3) Limpeza rigorosa do local operatório com *51089*
- 4) Marking + fixação externa
- 5) Sutura e curativo

*[Assinatura]*  
Dr. José André M. B. Guimarães  
Médico Ortopedista  
CPF-325 714.964-68 CRM 9602



# 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:	30/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

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

CLIENTE: LUZIA NUNES DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000076573-3

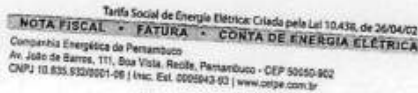
---

---

Nr. da Autenticação 6DA037167E4F51AC







ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
FZ POÇO DO SERROTE 13 FAZENDA

CPF 044 804 374-28 NIS 13049246458

SERRA TALHADA RURAL/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56915-099

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
058503435	UNICA	03/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
03/04/2018	2010827752	3695434

CONTA CONTRATO 7004576912  
DATA DE VENCIMENTO 10/04/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$) 24,06

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18071688	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	47,0000000	0,32694289	15,73
Contrib. Ium. Pública Municipal			2,58
Multa por atraso-NF 048989334 - 04/03/19			0,67
Multa por atraso-NF 052780819 - 07/03/19			0,44
Juros por atraso-NF 052780819 - 07/03/19			0,13
Juros por atraso-NF 048989334 - 04/03/19			0,18
Atualização IGPM-NF 052780819 - 07/03/19			0,45
Atualização IGPM-NF 048989334 - 04/03/19			

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									24.05
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KW)
51943552	CA1	07430919	8 590,00	03042009	8 722,00	31	1 50000		72,36

**HISTÓRICO DE CONSUMO**  
Mês/ano (R\$)

Mês/ano	Consumo (kWh)
APR 98	~85
MAR 98	~80
FEV 98	~75
JAN 98	~70
DEZ 97	~65
NOV 97	~60
OUT 97	~55
SET 97	~50
AGO 97	~45
JUL 97	~40
JUN 97	~35
MAI 97	~30
APR 98	~85

**INFORMAÇÕES DETALHADAS**

ICMS	PIS	COFINS
Base de Cálculo	19,45	19,45
%	1,28	8,21
Valor do Imposto	0,25	1,60

**Composição do consumo**

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem (%)
Gerção de Energia	43,43	42,00
Transmissão	1,23	0,02
Distribuição (Cargas)	9,77	29,67
Pagamento de Energia	1,81	0,21
Energia Sotocada	0,94	0,23
Outros	1,46	1,31
<b>Total</b>	<b>10,46</b>	<b>100%</b>

Consumo Atual de 30 dias  
Consumo Atual superior a 30 dias 100 kWh

**TARIFAS APLICADAS**

0,1700000
0,0022600

**RESERVAÇÃO DE FICHO**  
8158 C3C5 F8D0 10E6 7AF0 3692 782A 2205

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

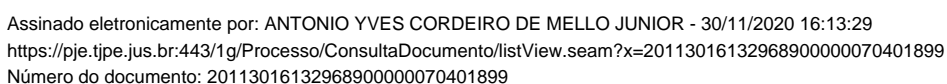
[illegible]

As mudanças passam de  
torneamento (Reinvenção ABB  
440001) latas, produtos,  
serviços prestados a nível de  
encomenda a distribuição, para  
construir, um novo sistema de  
atendimento e não só  
[www.caspi.com.br](http://www.caspi.com.br)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTORES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMIDOR	VALOR NOMINAL	LIMITE MENOR	LIMITE INTERMEDIÁRIO	LIMITE MAIOR	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
					220	MENOR	MAIOR
ERC	6,00	10,73	17,46	42,67		202	237
FCR	0,00	7,58	15,18	30,36			
CMRC	6,00	5,78	0,00	0,00			

1ª e 2ª OMR: 18,00

NOTA: Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição = 3% a.a.





Tarifa Social de Energia Elétrica: Citada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.830/0001-99 | Insc. Est. 0005942-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
LUZIA NUNES DA CRUZ

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
FZ POÇO DO SERROTE 13 FAZENDA

CPF 044 804 374-28 NIS 13049248458

SERRA TALHADA RURAL/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56915-999

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO 7004576912 MÊS/MAR 04/2019  
DATA DE VENCIMENTO 10/04/2019 DATA PRECATORIO/PRÓXIMA LEITURA 03/05/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$) 24,06

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
058503435	UNICA	03/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
03/04/2019	2010827752	3685434

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19071688	5,72
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	42,0000000	0,32884288	13,73
Contrib. Rum. Pública Municipal			2,56
Multa por atraso-NF 048989834 - 04/03/19			0,47
Multa por atraso-NF 052780819 - 07/03/19			0,44
Juros por atraso-NF 052780819 - 07/03/19			0,13
Juros por atraso-NF 048989834 - 04/03/19			0,38
Atualização IGP-M-NF 052780819 - 07/03/19			0,18
Atualização IGP-M-NF 048989834 - 04/03/19			0,45

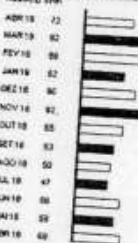
TOTAL DA FATURA

24,06

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
51564053	CA1	07/03/2019	9 050,00	03/04/2019	8 172,00	27	1 00002		72,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**



**INFORMAÇÕES DE DEBITOS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	19,45	1,35
PIS	19,45	0,31
COFINS	19,45	0,31

**Composição do consumo**

Composição do consumo	R\$	%
Geração de Energia	8,34	42,87%
Transmissão	1,23	6,32%
Distribuição (Cabo)	3,77	20,27%
Perdas de Energia	1,81	9,31%
Encargos Sociais	0,94	4,32%
Tributos	1,46	7,81%
Total	18,55	100%

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh

**TARIFAS APLICADAS**

0,19071688  
0,32884288

RESERVAÇÃO FISCAL  
8156 CAC 5 FBOO 300P 7APD 3682 762A 2205

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no cartão mais perto da validade (até 12/11/2019) e pelo código 7004576912. A partir de 12/11/2019, o código de barras não será mais utilizado. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter o medidor em condições adequadas para a leitura correta. Em caso de falha, deve ser comunicada imediatamente. A tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores de baixa renda, conforme Lei 10.438/2002, R\$ 21,18. O cliente é responsável por manter o medidor em condições adequadas para a leitura correta. Em caso de falha, deve ser comunicada imediatamente.

As contagens serão de 15 minutos. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. A tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores de baixa renda, conforme Lei 10.438/2002, R\$ 21,18. O cliente é responsável por manter o medidor em condições adequadas para a leitura correta. Em caso de falha, deve ser comunicada imediatamente.

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

CONSUMO	VALOR (kWh)	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE DIÁRIO
DIC	0,00	10,73	11,46	42,83
FIC	0,00	7,58	15,16	30,36
DMC	0,00	5,76	0,00	0,00

Limite DMC: 18,80 R\$ 21,18 - Valor de Encargos do Sistema de Distribuição - R\$ 5,18

**NÍVEL DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231





NOTA FINCA LA ESPERANZA, MUNICIPIO DE CHIRIQUÍ, PROV. DE CHIRIQUÍ

**DADOS DO CLIENTE**  
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 36d 710 364-15

IPSEYSERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
58912-130

**CLASSIFICAÇÃO**  
BI-RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

083529274	UNIC 4	37/15/2019
-----------	--------	------------

1007100	890510000	11/02/2011
---------	-----------	------------

2278076019 05/2019  
03/06/2019 25/06/2019  
109,72

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
C. Insuflado Abdo (MWH)	126.0000000	0,79841008	102,20
Anticósmo (Bandera AMARIL)			1,57
Cartão Irm. Pública Municipal			4,53
K.M.S. Saneamento CDE-NF 005059191-26/03/19			0,44
PRO-CHAM. A. (081)3412 6967 (080) 031 6969			0,88

TOTAL DA FATURA

109.72

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
30101611	CAT	25/04/2019	1984,00	27/05/2019	19 170,00	31	1,00000		126,00

MÊS		RABOTE DE CALDEIRA		VALOR DO IMPORTO		Geração de Energia	
MAR 19 128		190,71		5,40		R\$ 21,84	
ABR 19 150		163,75		1,38		R\$ 1,87	
MAI 19 160		193,75		5,37		R\$ 22,78	
JUN 19 117		193,75		5,37		R\$ 7,03	
JUL 19 124		193,75		5,37		R\$ 9,34	
AGO 19 94		193,75		5,37		R\$ 10,71	
SET 19 124		193,75		5,37		R\$ 10,71	
OCT 19 94		193,75		5,37		R\$ 10,71	
NOV 19 252		193,75		5,37		R\$ 163,71	

480E 4EF1 17CO 08ED 90E7 C0EE 81DA 177E

[illegible]

COLABORADOR	VALOR AJUSTADO april (2011)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (%)	
		ANUAL	TRIMESTRAL
DM	0,30	2,43	10,90
PM	1,00	1,90	13,30
DM+PM	0,30	3,11	12,00

Linha DCRB: 13,22 EUSI - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 37,40

ATTENTION: For ongoing coverage, contact (714) 845-6100 for details.

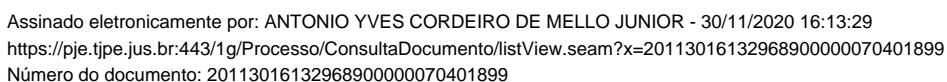
EXCELSIOR SEGUROS

14 A60. 2019

SEGURO DPVAT

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/2705-0010	05/2019	03/06/2019	100,72

83820000001-0 09720011002-3 27807601910-0 14068694443-2



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Luzia Nunes da Cruz

RG nº 6803387, data de expedição 17/08/2015

Órgão SS P-PE, portador do CPF nº 044.804.374-28

com domicílio na cidade de Leixa Talhada, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

FZ POÇO do Férrete 13 fazenda nº 51N

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima



Maria Livia Nunes de Souza cujo o condutor era  
Luzia Nunes da Cruz

Veículo: motocicleta Modelo: honda / lux 150 Bros mix Ano: 2010

Placa: KID 2194 Chassi: 9C2 KD05 20 AR 04 19 47

Data do Acidente: 14 / 03 / 2019

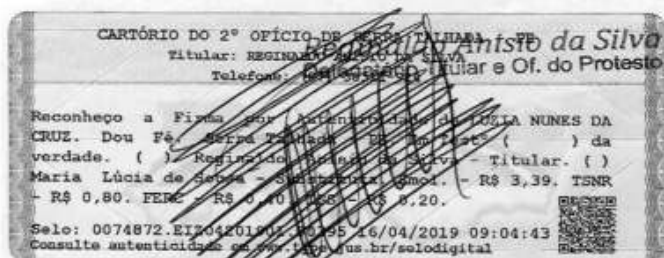
Local e Data: Feira Talhada 10/04/2019

x Luzia Nunes da Cruz  

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

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





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

**707.407.824-79**

Nome

**MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA**

Nascimento

**07/04/2008**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIFIC./ORIGEM/OUTRO  
 6470882 SDS PE

CPF  
 051.394.744-25

DATA NASCIMENTO  
 19/06/1983

PLACAO  
 ARCKNO PEREIRA DA  
 SILVA  
 MARIA JOSE DE MENEZES  
 SILVA

PERMISSÃO  
 ACD CAT. HAB.  
 35

Nº REGISTRO  
 04935894409

VALIDADE  
 19/11/2019

1ª HABILITAÇÃO  
 06/05/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular  
 Rosana de Menezes Silva Cavalcante

LOCAL  
 JERERÁ TALHADA - PE

DATA EMISSÃO  
 19/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR  
 470249851  
 PRO3050153

EXCEL

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1017067334

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1017067334





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190480254 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA **Data do acidente:** 14/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



DE: ROSANA MENEZES  
RUA: JOCA MAGALHÃES  
661 A  
CENTRO  
SERRA TALHADA - PE  
CEP: 56.903.480



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



DA 00275754 9 BR



## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Luzia Nunes da Cruz

portador(a) do documento de identidade nº 6803387, expedido por SSP-PE, em

17 08 2015, inscrito no CPF sob o nº 044.804.374-28, residente na

F2 POCO do Gerote 13 fazenda nº 51N

complemento Casa, Bairro zona-urval, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29 / 05 / 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

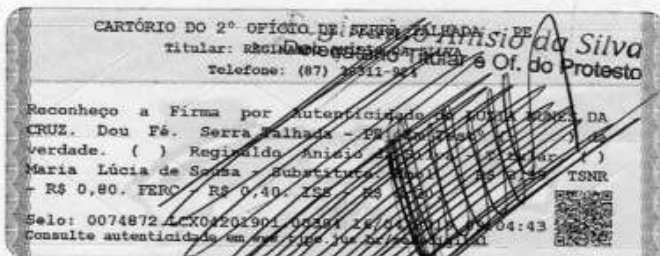
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 10 de 04 de 2019

Outorgante X Luzia Nunes da Cruz



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279522/19

**Vítima:** MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA

**CPF:** 707.407.824-79

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 14/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

#### ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

#### LUZIA NUNES DA CRUZ : 044.804.374-28

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### MARIA LIVIA NUNES DE SOUZA : 707.407.824-79

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019  
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE  
CPF: 051.394.744-25

---

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019  
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO  
CPF: 010.709.184-40

---

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO

