

# INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

**OUTORGANTE:** LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA,  
D. DAS VEIAS, SORTEIRA, D. SEMPREGADA - RG-7182192  
CPF: 075.718.124-45, RESIDENTE RUA BCG-TE-VI  
Número 22. MASAIA TEIMOSA RECIFE-PE

**OUTORGADOS:** **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, advogados, portadores, respectivamente, da **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 50070-160 - Fone: (81) 3445.0715.

**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, **pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPD, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30 % (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

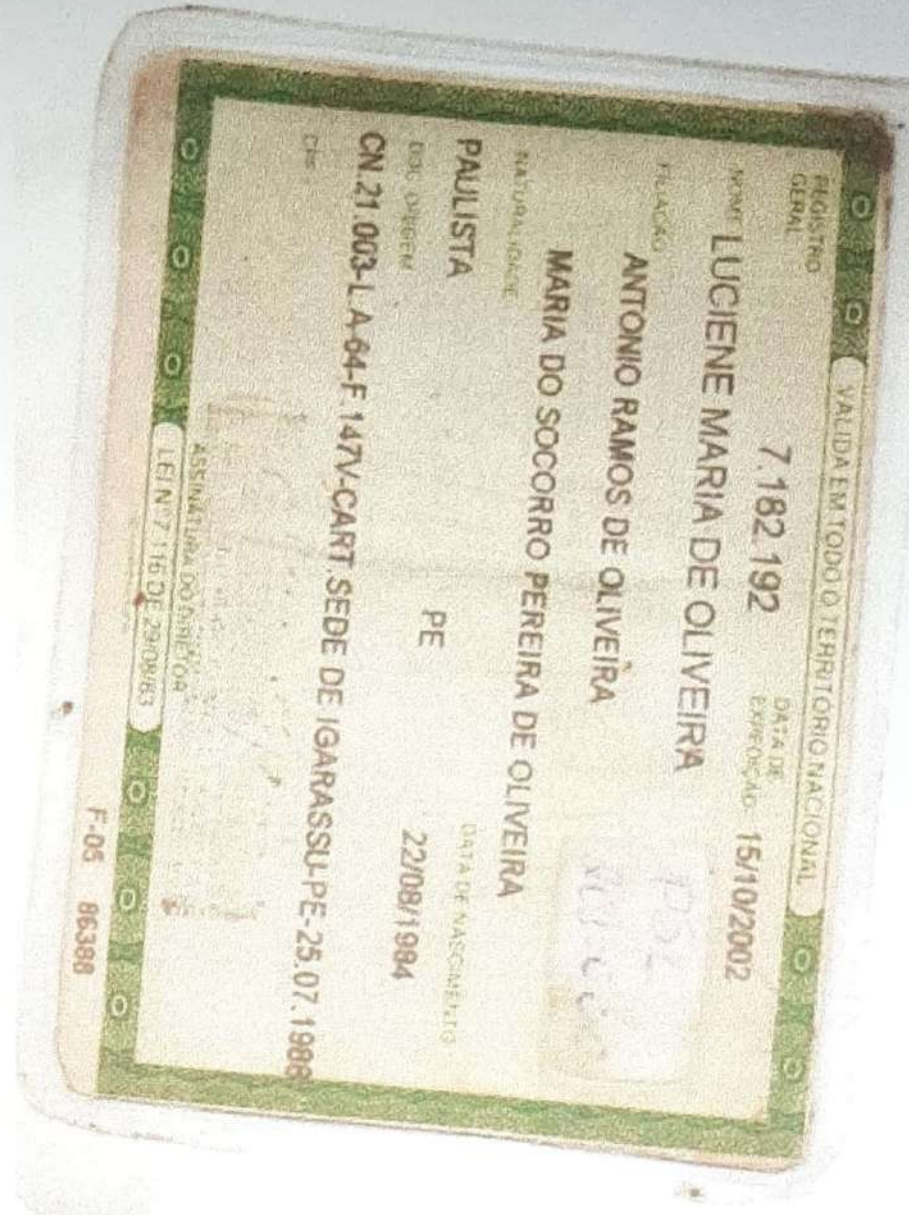
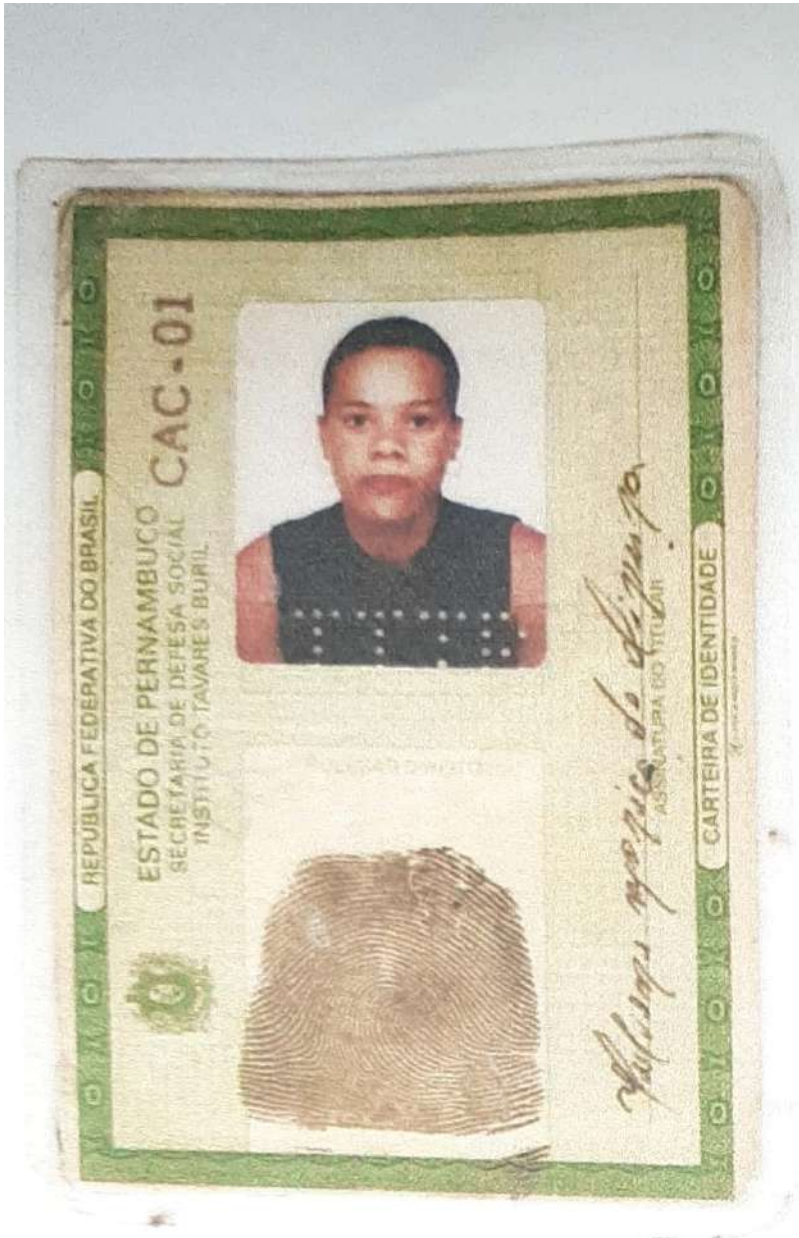
**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu, LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife, 20 de JANEIRO de 2023

Luciene Maria de Oliveira  
Outorgante/Declarante

1  
AUTICULAR

Digitalizado com CamScanner

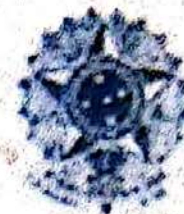


Digitalizado com CamScanner





**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**075.718.124-45**

**Nome**

**LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA**

**Nascimento**

**22/08/1984**

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 13/09/2023 15:13:49  
Número do documento: 23080411133761600000136815422  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23080411133761600000136815422>  
Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 04/08/2023 11:13:37



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
MARIA JOSE DE LIMA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA AUGUSTO VAZ 351

CPF 480.481.784-00 NIS: 20794618351

CENTRO/CRUZ DE REBOUCAS  
IGARASSU PE  
53630-320

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

CONTA CONTRATADA	MÊS/ANO
0265887023	12/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO PROXIMA LEITURA
06/01/2021	04/01/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	
72,30	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
134152683	UNICA	07/12/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
02/12/2020	2000077481	1351252

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,11038886	3,31
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	48,0000000	0,18923770	9,08
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09436601	2,83
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	48,0000000	0,16180803	7,76
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,11
Parcela 5/12 Plano 403002150004			48,21

TOTAL DA FATURA 72,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
62079421	CAT	03/11/2020	17.836,00	03/12/2020	17.709,00	25	1,00000		78,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh	Gráfico	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	Valor
DEZ 20 78		ICMS			Gerção de Energia	R\$ 8,83 43,00%
NOV 20 83		PIS	23,09	1,23 0,28	Transmissão	R\$ 1,41 5,11%
OUT 20 66		COFINS	23,09	5,63 1,29	Distribuição (Celpe)	R\$ 7,40 32,05%
SET 20 50					Perdas de Energia	R\$ 2,38 10,31%
AGO 20 74					Encargos Setoriais	R\$ 0,40 1,73%
JUL 20 80					Tributos	R\$ 1,57 6,80%
JUN 20 96					Total	R\$ 23,09 100%
MAI 20 120					<b>TABELA APLICÁVEL</b>	
ABR 20 110					Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10281500
MAR 20 100					Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17825600
FEV 20 82					Consumo-TE até 30 kWh	0,08791300
JAN 20 108					Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15070800
DEZ 19 90					<b>RESERVAÇÃO FISCAL</b>	
					AA09 0483 534C 0697 0142 B4E7 D97E BE2E	

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pague no ponto mais perto de você para facilitar por meio de boleto, cartão de crédito ou depósito em nome de contas 942 na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prola. mês de vencimento do ICMS conforme art. 5, XLVIII, a, 2.2, do RCM/SP-PE. O Cliente é compensado quando há desvio energético do prazo definido para a sua planilha de abastecimento. Conterca. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no ciclo em que ocorrer a suspensão. Acesse [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) e confira nosso Aviso de Privacidade.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
APÓS 17/12/2020, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE					
Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
08/09/20	02/12/20	60,08	08/10/20	03/11/20	62,24
	02/12/20	70,28			

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99, NPS 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENSÃO	
CONJUNTO	VALOR APLICADO 04/12/2020	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CRUZ DE REBOUCAS	1,60	5,19	10,38	220	MÍNIMO MÁXIMO
IGARASSU	1,00	3,33	6,47		202 231
IGARASSU	1,60	2,94	0,00		

CONTA CONTRATADA	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0265887023	12/2020	06/01/2021	72,30

BANCO DO BRASIL S/A PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

00190.00009 03217.475015 18892.784176 1 84920000007230

PAGADOR | CPF / CNPJ | ENDEREÇO 480.481.784-00  
MARIA JOSE DE LIMA  
RUA AUGUSTO VAZ 351  
53630-320 IGARASSU PE

NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO	CONTA CONTRATADA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DOCUMENTO
32174750118892784	515779708	0265887023	06/01/2021	72,30

BENEFICIÁRIO  
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO CNPJ 10.835.932/0001-08  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902  
AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE 3064-3/54427-2



**CAIXA**  
POUPANÇA FÁCIL



PROGRAMA

# Bolsa Família

5067 2250 2526 7230

5067

10/24

LUCIENE M DE OLIVEIRA

2191 013 00060370-5

16486834529

etc

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 13/09/2023 15:13:49  
Número do documento: 23080411133761600000136815422  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23080411133761600000136815422>  
Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 04/08/2023 11:13:37

Rio de Janeiro, 26 de julho de 2023.

Sr. (a)  
Luciene Maria de Oliveira  
A/C Fernanda Brandão de Oliveira  
E-mail

Ref.: Processo de indenização – DPVAT  
Protocolos da Ouvidoria 20231583488

Em atenção e resposta a manifestação recebida por esta Ouvidoria– Seguradora Líder DPVAT, no dia 21/07/2023, referente ao sinistro nº 3210236684, esclarecemos o que segue:

1. O Seguro DPVAT tem por finalidade garantir às vítimas de acidente de trânsito, causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, o pagamento de indenização em caso de morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e suplementares (DAMS), nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, com as alterações promovidas pela Lei nº 11.482 de 2007. A obrigatoriedade de pagamento anual do seguro DPVAT compõe, não só a cobertura para os proprietários do veículo, mas também para vítimas de acidentes provocados por ele. Tal informação é corroborada pela Resolução CNSP 332 DE 2015 em seu artigo 17, parágrafos 1º e 2º, cujo teor copiamos abaixo:

*Art. 17. O proprietário de veículo sujeito a registro e a licenciamento, na forma estabelecida no Código Nacional de Trânsito, deve pagar o prêmio do Seguro DPVAT.*

*§1º. O proprietário que não efetuar o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento será considerado inadimplente e se sujeitará às consequências da mora.*

*§ 2.º Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização.*

2. Informamos que o sinistro reclamado foi cancelado, visto que não se justifica a cobertura pleiteada, face o beneficiário ser o proprietário do veículo envolvido no acidente em referência, não tendo realizado o pagamento prêmio do seguro obrigatório do exercício no qual se deu o acidente, dentro de seu vencimento. Esclarecemos que para o ano de 2020 (ano do acidente), ficou estabelecido que o **vencimento do DPVAT seria em 30.11.2020 - (PE no ano de 2020 o vencimento é no licenciamento)**, contudo, o **acidente ocorreu em 01/08/2020, o pagamento foi posterior, em 27/01/2021 e a efetivação da reclamação em 22/10/2021.**



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC  
DIM/8ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0123001455**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/12/2020** às **14:17**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **1/8/2020** às **22:10**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JARDIM IGARASSU, 01, TRAVESSA SANTA CATARINA** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53600-000**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA

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

**LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **22/8/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7182192/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**  
Telefones Celulares:  
- **993268520**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE IGARASSU, 351, RUA AUGUSTO VAZ, 351 - CEP: 01 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA SUZUKI 125 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLW9328** (PERNAMBUCO/IGARASSU) Renavam: **985504650**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**

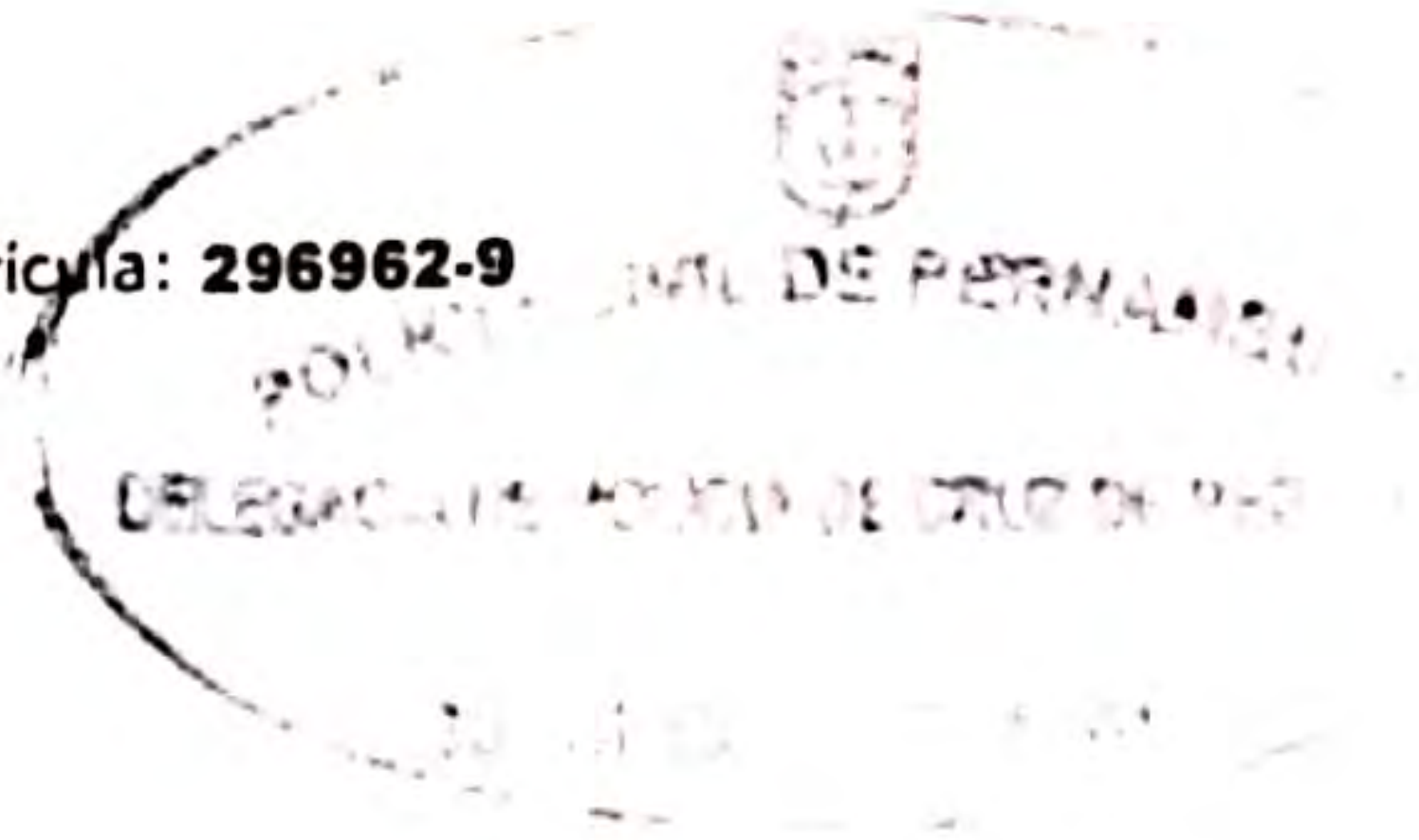
Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA ALEGANDO QUE NESTE DIA E HORA ESTAVA TRANSITANDO COM SUA MOTOCICLETA QUANDO FOI INCANDIADA POR OUTRO VEICULO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A COLIDIR EM UM BURACO CAUSANDO FRATURA NA PERNA ESQUERDE DE ACORDO COM FICHA MEDICA DA UPA DE IGARASSU 1214010, EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O MIGUEL ARRAES E SUBMETIDA A CIRURGIA DE ACORDO COM FICHA 66150, QUE PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRENCIA.**

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

*Luciene Maria de Oliveira*  
**LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **IRAQUITAN BEZERRA DA SILVA** - Matrícula: **296962-9**  
(Liberado em **11/12/2020** às **14:34**)



11/12/2020 14:40

# IPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/08/2020 22:00

Nome Paciente:	LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	22/08/1984
Sexo:	Feminino
Idade:	35
Senha:	0103
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

: 01/08/2020 22:07 - 01/08/2020 22:08

MARIA EDUARDA GOMES OLIVEIRA DE MATOS - COREN: 618181 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	<b>URGENCIA - AMARELO</b>
Cor:	<input type="checkbox"/> AMARELO
Queixa Principal:	REFERE DOR EM MIE APÓS TRAUMA HÁ 03 HORAS
Observação:	HAS- DM- ALERGIAS MED: DIPIRONA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GOMES OLIVEIRA DE MATOS - COREN: 618181 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/08/2020 22:08

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Atendimento: 1214010

Senha da Classificação:

**0103**

Data e Hora: 01/08/2020 22:10

Paciente: 108329 LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA      Sexo: FEMININO      Raça/Cor: PARDA      Etnia:  
 Nome Social:      Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO  
 Data do Nascimento: 22/08/1984      Idade: 35 anos      Convenio: 2      SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
 Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE OLIV      Nome do Pai: ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA  
 Estado Civil: SOLTEIRO      Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA      CRM: 1234567  
 Endereço: AUGUSTO VAZ DE OLIVEIRA --      351      Bairro: CRUZ DO REBOUCAS  
 Cidade/UF: IGARASSU      PE      Cep: 53635122      Usuário Atendimento: ADRIANAOSG  
 RG (Identidade): 7182192      SDS      Data de Emissão:      CNS : 898003420357631  
 CPF (Cadastro de Pessoa Física):      Fone: 31844280  
 CRN(Certidão de Registro de Nasc):      Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm RR: \_\_\_\_\_ mmhg  
 DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTORIA DA DOENÇA ATUAL  
*Nota vítima de atropelamento há ± 10 minutos, refere dor e joelho (E) Nega TCE, vômitos, náuseas e hemúrias. Refere uso de bebida alcoólica. Alergia DMADONA. Nega comorbidades.*

EXAME FÍSICO:  
*A: Vias aéreas permeáveis; B: Resp. espontânea; C: Pulso periféricos presentes, S/S sangramento nos artérios; D: GAS; E: Exame do THT em joelho (E), deformidade em joelho (E), pele íntegra.*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):  
*fratura*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:  
*Rx do joelho lateral (E)*

*Manoel Oliveira Ferreira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE 24589*

PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
<i>- Trauma de 50mg - 08mg + 570g% 500ml, EV, qora.</i>	<i>19:00</i>
<i>- 570g% - 570g% 500ml + 03mg Glicon 50i, EV, qora.</i>	
<i>- 570g% 500ml, EV, qora.</i>	
<i>- Fala com o paciente e T. S. E. P. E. T. T. O</i>	
<i>- Fala com o paciente e T. M. E.</i>	
<i>- Solicit. transferência.</i>	

*Manoel Oliveira Ferreira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE 24589*

Médico / Cremepe: \_\_\_\_\_  
 ENCAMINHADO: ( ) Ambulatório ( ) Sala Verde  Sala Amarela ( ) Sala Vermelha

Médico / Cremepe: \_\_\_\_\_

*Manoel Oliveira Ferreira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE 24589*

UPA IGARASSU 22:46  
 "ACQUILIZAÇÃO"



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

22/08/20 07 23:20 Paciente admitida em sala de emergência com sintomas de trauma em nível do abdômen, supracardíaco, queixa de dor abdominal, medicada com analgésicos e encaminhada para UTI.

Dr. M. Macedo  
2301013-5

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ( ) Melhorada ( ) Com Atestado ( ) Com Prescriçã  
( ) TRANSFERÊNCIA LOCAL: \_\_\_\_\_ SENHA: \_\_\_\_\_  
( ) ÓBITO Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_ ( ) ATESTADO DE ÓBITO ( ) SVO ( ) IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





# 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: 075.718.124-45 4 - Nome completo da vítima: Lauciene Maria de Oliveira

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

5 - Nome completo: Lauciene Maria de Oliveira 6 - CPF: 075.718.124-45  
 7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: Rua Augusto Vaz 9 - Número: 351 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Centro Cruz de Rebouças 12 - Cidade: Igarassu 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53630-320  
 15 - E-mail: hermandadibrandaoc2013@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81-9-8552-9424

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 comprovantê 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: 2194 013 CONTA: 00060370 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (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 pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

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

40 - Local e Data, Recife, 06 de julho de 2023

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



# 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: 075.718.124-45 4 - Nome completo da vítima: Lauciene Maria de Oliveira

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

5 - Nome completo: Lauciene Maria de Oliveira 6 - CPF: 075.718.124-45  
 7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: Rua Augusto Vaz 9 - Número: 357 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Central Cruz de Reis 12 - Cidade: Igarassu 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53630-320  
 15 - E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 81-9-8552-9424

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 comprovantê 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: 2191 013 CONTA: 00060370 5

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

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

40 - Local e Data, Recife, 06 de julho de 2023

Lauciene Maria de Oliveira  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

15.001 V002/2019





Seguradora Lider - DPVAT

# SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **Fauzema Maria de Oliveira**

DATA DO ACIDENTE **01/08/2020** C/PE DA VITIMA **075.718.124-45**

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO **Fernanda Brandão de Oliveira**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL CUID PARAFRASECO COM

A VITIMA É **Procuradora**

ENDEVERÇO DO PORTADOR **RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO**

Nº **233** COMPLEMENTO **A**

CIDADE **Recife** UF **PE** BAIRRO **Varzea**

E-MAIL **fernandabrandao2013@gmail.com** CEP **50970-230**

TELEFONE ( ) **81** **98552-9424**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE FOMENTO **COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL**
- REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO OU CERTIFICADO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO DO CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RECIBO DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSIBILIDADE DE ACESSAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DA ESTRUTURA DO LAUDO DO IML CONCORDADA ASSIMILADA PELA VITIMA E RELACIONADO NUNCA ASSISTENTE SOCIAL, A QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM ATIVA TABELA DENTRINA.
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPONENTE DE RESERVA EM NOMRE DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESERVA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, VOUCHER DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM FOTOCOPIADOS QUE COMPROVEM OS GASTOS BANCÁRIOS TALS COMO COPIA DE CHEQUE DE DEPÓSITO OU EXTRATO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO OU CERTIFICADO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA INTERIOR DE 14 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE FOMENTO (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO OU CERTIFICADO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO DO CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RECIBO DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA ESTRUTURA DO LAUDO DO IML CONCORDADA ASSIMILADA PELA VITIMA E RELACIONADO NUNCA ASSISTENTE SOCIAL, A QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM ATIVA TABELA DENTRINA.
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPONENTE DE RESERVA EM NOMRE DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESERVA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, VOUCHER DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM FOTOCOPIADOS QUE COMPROVEM OS GASTOS BANCÁRIOS TALS COMO COPIA DE CHEQUE DE DEPÓSITO OU EXTRATO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO OU CERTIFICADO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA INTERIOR DE 14 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO - ADOTE R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMIS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTANASILTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAU DPVAT 0800 022 1124

## PREENCHA DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **06 de julho de 2023**

IDENTIDADE **611105-5 SDS/SPE**

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Pauliana Maria de Oliveira  
DATA DO ACIDENTE 01/08/2020 CPF DA VITIMA 075.718.124-45  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de Oliveira  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL (CUIR PARANTESCO COM  
A VITIMA) Procuradora  
ENDEREÇO DO PORTADOR RUJA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO  
Nº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO Varzea  
CIDADE Recife UF PE CEP 50970-230  
E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.com TELEFONE ( 81 ) 98552-9424

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DE MEDICINA ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES JURÍDICOS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES (QUITADAS)
- ( ) FORTA FISCAL (ORIGINAL E LEGÍVEL) DE FARMÁCIA ACOMPANHADA DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JURÍDICA
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) ATUADO EM NOME (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) FORTA FISCAL ORIGINAL E DE REPRESENTANTE LEGAL (DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LIGADO DO NOME ORIGINAL, ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA LESÃO DEFINITIVA)
- ( ) FORTA FISCAL DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JURÍDICA
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 04 (QUATRO) ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 15.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 04 (QUATRO) ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06 de julho de 2023

IDENTIDADE 6141055 SDS/PE

ASSINATURA

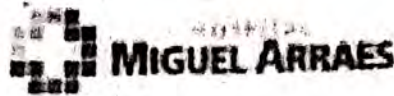
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_





NOME: LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA  
NOME SOCIAL:[Data de Publicação]  
IDADE:35A SEXO:F

DATA DA ADMISSÃO:02/08/2020

DATA NASC.: 22/08/84  
REG:[Categoria]  
DATA DA ALTA: 12/8/20

## RECEITUÁRIO MÉDICO

### Solicito

Fisioterapia motora -----30 sessões

HD: P.O. Osteossíntese do PLANALTO TIBIAL  
ESQUERDO COM PLACAS E PARAFUSOS

Obs: Fortalecimento muscular

Ganho de ADM passiva

Treino de marcha com carga ZERO

Propriocepção e analgesia

12 de agosto de 2020

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

Digitalizado com CamScanner





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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

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

Pelo exposto, eu FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 / 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luciene Maria de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.718.124 45

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da vítima Luciene Maria de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.718.124 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço: <b>RUA CÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADOS</b>	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: WARZEA	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com	CEP: 50.970-230	
		Tel.(DDD): 81 98552-9424 / 81 99472-7858

Local e Data: Recife, 06 de julho de 2023

Assinatura de Declarante

DLDR.L001.V001/2017

Digitalizado com CamScanner



Seguradora Líder - DPVAT

### SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

#### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Lauziana Maria de Oliveira  
 DATA DO ACIDENTE 01/08/2020 CPF DA VÍTIMA 075.718.124-45  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernanda Brandão de Oliveira  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL CUID PARANTESCO COM A VÍTIMA E Procuradora  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO  
 Nº 233 COMPLEMENTO A BAIRRO Varzea  
 CIDADE Recife UF PE CEP 50970-230  
 E-MAIL fernandabrandao2013@gmail.com TELEFONE ( 81 ) 98552-9124

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA E/OU EMPRESAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06 de julho de 2023  
 IDENTIDADE 6141955 SDS/PE  
 ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

Digitalizado com CamScanner



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 075.718.124-45 4 - Nome completo da vítima: Laureinne Maria de Oliveira

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

5 - Nome completo: Laureinne Maria de Oliveira 6 - CPF: 075.718.124-45  
 7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: Rua Augusto Vaz 9 - Número: 357 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Centro / Cruz de Rebouças 12 - Cidade: Igarassu 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53630-320  
 15 - E-mail: fernanda.landrado2013@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81-9-8552-9424

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 2191 013 CONTA: 00060370 5 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?  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 cliente, 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 pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

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

40 - Local e Data, Ribeira, 06 de julho de 2023

Laureinne Maria de Oliveira  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019



**MARKLEIBSON RODRIGUES**  
FISIOTERAPEUTA

**CREFITO: 353783-F**  
**CPF: 075.503.734-00**

**RECIBO**

VALOR R\$ 950,00

Markleibson Rodrigues de Souza, fisioterapeuta, CREFITO 353783-F, recebi do senhor(a): Luciene Maria de Oliveira

CPF: 075.718.124-45 a importância de Novelentos e cinquenta reais

Referente a 10 sessões de fisioterapia motora, realizada nos seguintes dias:

17/08/2020 19/08/2020 21/08/2020 24/08/2020 26/08/2020

29/08/2020 31/08/2020 02/09/2020 04/09/2020 07/09/2020

A R\$ 95,00 por sessão. Para reabilitação de:

Planoalto tibial esquerdo

Data 07 de Setembro de 2020

**Markleibson Rodrigues de Souza**  
**Fisioterapeuta**  
**CREFITO: 353783-F**  
**CPF: 075.503.734-00**

  
**Dr. Markleibson Rodrigues**  
**Fisioterapeuta**  
**CREFITO: 353783-F**

Digitalizado com CamScanner





**MARKLEIBSON RODRIGUES**  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO: 353783-F

**CREFITO: 353783-F**  
**CPF: 075.503.734-00**

**RECIBO**

VALOR R\$ 950,00

Markleibson Rodrigues de Souza, fisioterapeuta, CREFITO 353783-F, recebi do senhor(a): Jaqueline Maria de Oliveira

CPF: 075.718.124-45 a importância de novecentos e cinquenta reais

Referente a 10 sessões de fisioterapia motora, realizada nos seguintes dias:

09/09/2020 / 11/09/2020 / 14/09/2020 / 16/09/2020 / 18/09/2020  
21/09/2020 / 23/09/2020 / 25/09/2020 / 28/09/2020 / 30/09/2020

A R\$ 95,00 por sessão. Para reabilitação de:

Planoalto tibial esquerdo

Data 30 de Setembro de 2020

Markleibson Rodrigues de Souza  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 353783-F  
CPF: 075.503.734-00

  
Dr. Markleibson Rodrigues  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 353783-F

Digitalizado com CamScanner



**MARKLEIBSON RODRIGUES**  
FISIOTERAPISTA

**CREFITO: 353783-F**  
**CPF: 075.503.734-00**

**RECIBO**

VALOR R\$ 950,00

Markleibson Rodrigues de Souza, fisioterapeuta, CREFITO 353783-F, recebi do senhor(a): Lucienne Maria de Oliveira

CPF: 075.718.124-45 a importância de Noventa e cinco reais

Referente a 10 sessões de fisioterapia motora, realizada nos seguintes dias:

02/10/2020/05/10/2020/07/10/2020/09/10/2020/12/10/2020

14/10/2020/16/10/2020/19/10/2020/21/10/2020/23/10/2020

A R\$ 95,00 por sessão. Para reabilitação de:

Planoalto tibial esquerdo.

Data 23 de Outubro de 2020

**Markleibson Rodrigues de Souza**  
**Fisioterapeuta**  
**CREFITO: 353783-F**  
**CPF: 075.503.734-00**

  
**Dr. Markleibson Rodrigues**  
**Fisioterapeuta**  
**CREFITO: 353783-F**

Digitalizado com CamScanner





NOME: LUCIENE MARIA DE OLIVEIRA  
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]  
IDADE: 35A SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 02/08/2020

DATA NASC.: 22/08/84  
REG: [Categoria]  
DATA DA ALTA: 12/8/20

## RECEITUÁRIO MÉDICO

### Solicito

Fisioterapia motora -----30 sessões

HD: P.O. Osteossíntese do PLANALTO TIBIAL  
ESQUERDO COM PLACAS E PARAFUSOS

Obs: Fortalecimento muscular

Ganho de ADM passiva

Treino de marcha com carga ZERO

Propriocepção e analgesia

12 de agosto de 2020

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

Digitalizado com CamScanner

