



Número: **0000358-83.2021.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**

Última distribuição : **18/06/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DA ROCHA VIDAL (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
96297 240	06/01/2022 16:02	2851094_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

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,

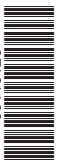
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15021857

Pag. 00257/00258 - carta_01 - INVALIDEZ

00110129





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

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190604605 Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 0140701408 - carta_03 - INVALIDEZ

00290704



Carta nº 15021858





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

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA DA ROCHA VIDAL**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **00000914**

Conta: **0000067810-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190604605 **Vítima:** MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00137/00138 - carta_02 - INVALIDEZ

00070069



Carta nº 15259321





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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190604605 **Vítima:** MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA ROCHA VIDAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00227/00228 - carta_09 - INVALIDEZ

00060114



Carta nº 15291120



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA ROCHA VIDAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000067810-5

Nr. da Autenticação 7CDA64EF65325770



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

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 MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3/4/6_CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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: 943.672.264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROSA VIME E SILVA

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 DA ROSA VIME E SILVA 6 - CPF: 943.672.264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SI. REAROTE 9 - Número: 310 10 - Complemento: 095A
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.350-000
15 - e-mail: 815.9.99981433

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, resgatar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - Dados bancários: BENEFICIÁRIO DA ORGANIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO EM INCAPACIDADE BENEFICIÁRIO DO BÔNUS CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos listados Assine e preencha o nº):

Bradesco (237) Itaú (343) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Preencha o banco):
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 919 CONTA: 67870 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 no meu cartão de crédito a importância, pelo título de aridade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem não tiver direito, reconhecimento e cancela, desde já e somente após a elevação do crédito, liquidação 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 5.254/74), uma vez que:
• 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.
Solicito a Seguradora Líder a creditar no meu cartão de crédito a importância, pelo título de aridade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem não tiver direito, reconhecimento e cancela, desde já e somente após a elevação do crédito, liquidação total do valor recebido.
Indico que esta autorização não significa anulação ou suspensão da futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o laudo do IML não seja aceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de parentesco com a vítima: Cônjuge Pais Filhos Outros Nenhum Não sabe Não se aplica
26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Não se aplica
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não Não se aplica
29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos Nenhum Não se aplica
30 - Vítima deixou descendentes? Sim Não Não se aplica
31 - Vítima teve irmãos? Sim Não Não se aplica
32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos Nenhum Não se aplica
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Não se aplica

Estou ciente de que a Seguradora Líder paga a, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem quis a sua indenização verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): _____
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): _____

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

40 - Local e Data: BELMONTE - PE 19/10/2019
41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rosa Vime e Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
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: 943.672.264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROSA VIME E SILVA

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 DA ROSA VIME E SILVA 6 - CPF: 943.672.264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SI. REAROTE 9 - Número: 310 10 - Complemento: 095A
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.350-000
15 - e-mail: 815.5194981433

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, resgatar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - Dados bancários: BENEFICIÁRIO DA ORGANIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO EM INCAPACIDADE RESCISÃO DO CONTRATO

CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos listados Assine e marque o tipo)
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 919 CONTA: 67870 5
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 5.254/74), uma vez que:
• 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.
Solicito a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, pelo IML, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem não tiver direito, reconhecimento e cancela, desde já e somente após a elevação do crédito, e liberação total do valor recebido.
Indico que esta autorização não significa anulação ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o laudo do IML não seja conclusivo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de parentesco com a vítima: Cônjuge Cônjuge na Civil União Sobrinho(a) Sobrinha Mãe Pai Outros Nenhum
26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não
29 - Se filho(a) vivo(s), informar nome(s) completo(s): _____
30 - Vítima deixou pais? Sim Não
31 - Vítima teve irmãos? Sim Não
32 - Se irmão(s) vivo(s), informar nome(s) completo(s): _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a requerido): _____
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a requerido): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a requerido): _____

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

40 - Local e Data: BELMONTE - PE 19/10/2019
41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rosa Vime e Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190604605 3 - CPF da vítima: 943632264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROCHA VIMLE E SILVA

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 DA ROCHA VIMLE E SILVA 6 - CPF: 943632264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: S: PEARROTE 9 - Número: 310 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: BELMUNTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56350-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 99998.1422

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: 014 CONTA: 67810 5
 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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.
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.

MORTE

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 (ou recém-nascido)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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)

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: BELMUNTE - PE 29/10/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rocha Vidale Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



17/08/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 17ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000654

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2019** às **11:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **15/8/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL, SÃO JOSÉ DO BELMONTE - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AJTOR (AGENTE)
JOSE FERREIRA DE SOUZA (OUTRO)
MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (TESTEMUNHA)
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

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

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino (Mãe: ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL Pai: LUIZ VIDAL SOBRINHO Data de Nascimento: 28/2/1958 Naturalidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 34080499/SSP/CE (RG): 94363226404 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 991358539

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, FAZENDA USINA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL.

MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino (Mãe: ROSALINA Pai: HORACIO MATIAS PEREIRA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residência: BREJO SANTO-CE - BREJO SANTO/CEARA/BRASIL

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

file:///C:/Users/Policia Civil/Instituto/MEBCE/Preview/Mini



17039201E

Sistema de Ocorrência

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE FERREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA**

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

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MTJ7401** (CEARA/BREJO SANTO) Renavam: **195939441** Chassi: **902JC4110AR55557**

Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A PESSOA ACIMA QUALIFICADA ONDE A MESMA RELATA QUE NO DIA 15.07.2019, A VITIMA TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA ESTRADA DO SÍTIO BENKOTINS, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO REPENTINAMENTE AO PASSAR POR UMA ESTRADA CARROÇAVIL PRECISOU FREAR O VEICULO E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA, CONSEQUENTEMENTE CAIU AO SOLO SOFRENDO FERIDAS ESCORREGÕES, E UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO OCASÃO EM QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE CONTINUE RELATA DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA ADVERTIDA DO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, E DAS PENAS PREVISTAS NO ART. 342 DO CÓDIGO PENAL PÁTRIO, "RECLUSÃO DE 03 A 04 ANOS E MULTA", SEM MAIS SIGNO DE RELATO ENCERRO O PRESENTE ATO.

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

Maria da Rocha Vidal e Silva

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **AMAURY BASTOS GONCALVES - MAT. 221373-7 - Matrícula: 221373-7**



17/08/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 17ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000654

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/08/2019** às **11:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **15/8/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL, SÃO JOSÉ DO BELMONTE - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AJTOR (AGENTE)
JOSE FERREIRA DE SOUZA (OUTRO)
MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (TESTEMUNHA)
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

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

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino (Mãe: ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL Pai: LUIZ VIDAL SOBRINHO Data de Nascimento: 28/2/1958 Naturalidade: SÃO JOSÉ DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 34080499/SSP/CE (RG): 94363226404 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 991358539

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, FAZENDA USINA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL.

MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino (Mãe: ROSALINA Pai: HORACIO MATIAS PEREIRA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residência: BREJO SANTO-CE - BREJO SANTO/CEARA/BRASIL

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

file:///C:/Users/Policia Civil/Inetop/Inet/BOE/Preview/Mini



17039201E

Sistema de Ocorrência

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE FERREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA**

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

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MTJ7401 (CEARA/BREJO SANTO)** Renavam: **195938441** Chassi: **902JC4110AR55557**

Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A PESSOA ACIMA QUALIFICADA ONDE A MESMA RELATA QUE NO DIA 15.07.2019, A VITIMA TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA ESTRADA DO SÍTIO BERTOTINS, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO REPENTINAMENTE AO PASSAR EM UMA ESTRADA CARROÇAVIL PRECISOU FREAR O VEICULO E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA, CONSEQUENTEMENTE CAIU AO SOLO SOFRENDO FERIDAS ESCORREGÕES, E UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO OCASÃO EM QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE CONTINUE RELATA DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA ADVERTIDA DO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, E DAS PENAS PREVISTAS NO ART. 342 DO CÓDIGO PENAL PÁTRIO, "RECLUSÃO DE 03 A 04 ANOS E MULTA", SEM MAIS SIGNO DE RELATO ENCERRO O PRESENTE ATO.

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

Maria da Rocha Vidal e Silva

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **AMAURY BASTOS GONCALVES - MAT. 221373-7 - Matrícula: 221373-7**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000836**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **09:36**

Complementa o BÓ Número: **19E0268000654**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **15/7/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL, SÃO JOSÉ DO BELMONTE** - Bairro: **CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
JOSE FERREIRA DE SOUZA (OUTRO)
MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (TESTEMUNHA)
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA**



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

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL** Pai: **LUIZ VIDAL SOBRINHO** Data de Nascimento: **28/2/1968** Naturalidade: **SÃO JOSÉ DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **340804999/SSP/CE (RG), 94363226404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares:
- **991356539**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1, FAZENDA USINA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DE LEDA MATIAS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSALINA** Pai: **HORACIO MATIAS PEREIRA** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, SÍTIO SERROTE, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE FERREIRA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **BREJO SANTO-CE - BREJO SANTO/CEARA/BRASIL**

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

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

1/2



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE FERREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NUR7401** (CEARA/BREJO SANTO) Renavam: **195939140** Chassi: **9C2JC4110AR55557**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A PESSOA ACIMA QUALIFICADA ONDE A MESMA RELATA QUE NO DIA 15.07.2019, A VITIMA TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA ESTRADA DO SÍTIO SERROTINHO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO REPENTINAMENTE AO PASSAR EM UMA ESTRADA CARROÇAVEL PRECISOU FREAR O VEICULO E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA, CONSEQUENTEMENTE CAIU AO SOLO SOFRENDO ALGUMAS ESCOREÇÕES, E UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO OCASIÃO EM QUE A VITIMA FORA SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE CONFORME RELATA DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA. ADVERTIDA DO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, E DAS PENAS PREVISTAS NO ART. 342 DO CÓDIGO PENAL PÁTRIO, " RECLUSÃO DE 02 A 04 ANOS E MULTA " . SEM MAIS DIGNO DE RELATO ENCERRO O PRESENTE ATO.

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

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VIVALDO JOSE GUIMARAES XAVIER DO CARMO** - Matrícula: **220973-0**

POLÍCIA CIVIL DO GOVERNO DO CEARÁ
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
178ª CIRCUNSCRIÇÃO





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: 943.672.264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROSA VIME E SILVA

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 DA ROSA VIME E SILVA 6 - CPF: 943.672.264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: 51 - RUA PROTE 9 - Número: 310 10 - Complemento: 095A
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.350-000
15 - e-mail: 815.5199981433

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, resgatar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - Dados bancários: BENEFICIÁRIO DA ORGANIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO EM INCAPACIDADE BENEFICIÁRIO DO INSTITUTO

CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos listados Assine e marque o tipo)
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 919 CONTA: 67870 5

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, pelo titular da titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem não tiver direito, reconhecimento e cancela, desde que a mesma seja efetuada após a elevação do crédito, e a liberação 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 5.254/74), 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 a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, pelo titular da titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem não tiver direito, reconhecimento e cancela, desde que a mesma seja efetuada após a elevação do crédito, e a liberação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de parentesco com a vítima: Cônjuge Pais Filhos Outros

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se filho(s) vivos, informar nome(s) completo(s): _____

30 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

31 - Vítima deixou irmãos vivos? Sim Não

32 - Se irmão(s) vivos, informar nome(s) completo(s): _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder paga a, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem quis a sua indenização verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a requerente): _____

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a requerente): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a requerente): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BELMONTE - PE 19/10/2019
41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rosa Vime e Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
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: 943.672.264-04 4 - Nome completo da vítima: MARIA DA ROSA VIME E SILVA

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 DA ROSA VIME E SILVA 6 - CPF: 943.672.264-04
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SI. REAROTE 9 - Número: 310 10 - Complemento: 095A
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: BELMONTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.350-000
15 - e-mail: 815.5199981433

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, resgatar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - Dados bancários: BENEFICIÁRIO DA ORGANIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO EM INCAPACIDADE BENEFICIÁRIO DO BÔNUS

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos listados Assine e marque o tipo)
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 919 CONTA: 67870 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, pelo titular da titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem tiver direito, reconhecimento e cancela, desde já e somente após a elevação do crédito, emitação total do vale 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 5.254/74), 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 com meu pedido de requerimento do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, com a submissão à análise médica presenciais, caso necessário, às 24 horas do Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo autônomo, conforme o disposto na Lei 5.194/71.
Entendo que esta autorização não significa a não concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de parentesco com a vítima: Cônjuge Cidadão(a) Civil Dependente Sobrinho(a) Outros Não Vivos Sim Não
26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se filho(s) vivos, informar: Falecidos Sim Não 30 - Vítima deixou descendentes (filhos, netos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se irmão(s) vivos, informar: Falecidos Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): _____
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): _____

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

40 - Local e Data: BELMONTE - PE 19/10/2019
41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante): Maria da Rosa Vime e Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
 Conselho Superior do Poder Judiciário
 Conselho Superior do Ministério Público
 Conselho Superior do Poder Judiciário
 Conselho Superior do Ministério Público

O Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, em reunião ordinária realizada em 14 de maio de 2022, deliberou sobre o processo de seleção de membros do Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, para o biênio 2022-2023.

Nome	Partido	Profissão	Idade
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48

O Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, em reunião ordinária realizada em 14 de maio de 2022, deliberou sobre o processo de seleção de membros do Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, para o biênio 2022-2023.

Nome	Partido	Profissão	Idade
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48

O Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, em reunião ordinária realizada em 14 de maio de 2022, deliberou sobre o processo de seleção de membros do Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, para o biênio 2022-2023.

O Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, em reunião ordinária realizada em 14 de maio de 2022, deliberou sobre o processo de seleção de membros do Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, para o biênio 2022-2023.

Nome	Partido	Profissão	Idade
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48
ANTONIO CARLOS DE MELLO JUNIOR	PP	Advogado	48





CELPE - Companhia Saneamento de Pernambuco
 Avenida Moraes Cabral, 100 - J. 10 - Recife - PE
 CEP: 50000-000
 Fone: (51) 3441-1000

APPRESENTAÇÃO
 MARCA DE LUZES M. P. L. M.

CONDIÇÃO DE UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANTONIO TOMAZ DE SOUZA, 173

CPF: 202.442.044-01

ALTO DE SANTANA, 1000 - AL. 1414
 S. L. 1414 - AL. 1414 - RECIFE - PE
 50000-000

CLASSIFICAÇÃO
 10 - RESIDENCIAL
 10 - LUZES

11/04/2025
 21/04/2025
 03/05/2025

DATA DE VENCIMENTO
 03/05/2025

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Consumo de Energia	17,16 kWh	0,7066172	12,13
Taxa de Serviço			2,12
Aluguel de Energia			2,72
Imposto de Renda			1,12
Outros			5,00

TOTAL DE PAGAR R\$ 23,14

Descrição	Valor
Consumo de Energia	12,13
Taxa de Serviço	2,12
Aluguel de Energia	2,72
Imposto de Renda	1,12
Outros	5,00

Descrição	Valor	Porcentagem
Consumo de Energia	12,13	52,4%
Taxa de Serviço	2,12	9,2%
Aluguel de Energia	2,72	11,8%
Imposto de Renda	1,12	4,8%
Outros	5,00	21,6%

Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para garantir a autenticidade e a integridade das informações, recomendamos a verificação do código de verificação QR Code.



Descrição	Valor	Porcentagem
Consumo de Energia	12,13	52,4%
Taxa de Serviço	2,12	9,2%
Aluguel de Energia	2,72	11,8%
Imposto de Renda	1,12	4,8%
Outros	5,00	21,6%



Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
 Conselho Superior do Poder Judiciário
 Conselho Superior do Ministério Público
 Conselho Superior do Poder Judiciário
 Conselho Superior do Ministério Público

O Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, em sessão ordinária realizada em 14 de maio de 2022, deliberou sobre o processo de nomeação de magistrados para o cargo de Juiz de Direito, em substituição ao(a) titular(a) em licença, conforme se segue:

Nome	Matrícula	Procedimento	Resultado
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	1234567	1	1º
RODRIGO ALVES DE MELLO	1234568	2	2º
JOÃO CARLOS DE MELLO	1234569	3	3º
MARIA FERNANDA DE MELLO	1234570	4	4º

O Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, em sessão ordinária realizada em 14 de maio de 2022, deliberou sobre o processo de nomeação de magistrados para o cargo de Juiz de Direito, em substituição ao(a) titular(a) em licença, conforme se segue:

Nome	Matrícula	Procedimento	Resultado
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	1234567	1	1º
RODRIGO ALVES DE MELLO	1234568	2	2º
JOÃO CARLOS DE MELLO	1234569	3	3º
MARIA FERNANDA DE MELLO	1234570	4	4º

O Conselho Superior do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, em sessão ordinária realizada em 14 de maio de 2022, deliberou sobre o processo de nomeação de magistrados para o cargo de Juiz de Direito, em substituição ao(a) titular(a) em licença, conforme se segue:

Nome	Matrícula	Procedimento	Resultado
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	1234567	1	1º
RODRIGO ALVES DE MELLO	1234568	2	2º
JOÃO CARLOS DE MELLO	1234569	3	3º
MARIA FERNANDA DE MELLO	1234570	4	4º





CELPE - Companhia Saneamento de Pernambuco
 Avenida Juracy de Almeida, 140 - J. do Recife - Recife - PE - CEP: 50050-900
 Fone: (51) 3241-4111 Fax: (51) 3241-4112

APPRESENTAÇÃO
 MASSA DE LUCROS MENSUAL

EXERCÍCIO DE 2022
 1º TRIMESTRE

CPF: 20.442.044-01

ALTO LITORAL SANEAMENTO S.A.
 RUA ANTÔNIO TOMAZ DE SOUZA, 173

CLASSIFICAÇÃO

1º TRIMESTRE

PERÍODO: 01/01/2022 a 31/03/2022

11/03/2022
 21/03/2022

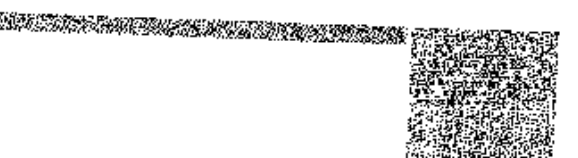
Descrição	Valor	Valor	Valor
17 - JUROS	6.706.617,27		151,31
20 - IMPOSTOS			2,12
21 - GASTOS			2,72
22 - OUTROS			1,11
TOTAL			157,26

TOTAL DE LUCROS

Valor	Valor	Valor	Valor
157,26			

Valor	Valor	Valor	Valor
157,26			

... (small text block) ...



Valor	Valor	Valor	Valor
157,26			





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenicações 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 17 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/WEB/FAWE9/OCORRÊNCIAS.aspx?TIPO=CR.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 consultar o cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, contudo, a determinação da referida Circular, em recusa à prestação de comunicação ao CDAF.

1 SUPLENTE DE LEI DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA LICITAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVADO E ABERTO, CAPITALIZAÇÃO - RESOLUÇÃO Nº 1.000/2010 DO CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CDAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE FISCALIZAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.131/38.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 608.495.324 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA DA ROSA VIDAL E SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 973.632.264/04

do sinistro de DPVAT Laborista, INVALIDEZ do Vítimo MARIA DA ROSA VIDAL E SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 973.632.264 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

[X] Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, nas/nao no endereço abaixo, anexado e cópia do comprovante de residência do endereço informado. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Form fields for address: Endereço: ANTONIO TOME DE SOUZA, Número: 523, Complemento: CASA, Bairro: SÃO CRISTOVÃO, Cidade: SERRA TALHADA, Estado: PE, CEP: 56903-220, E-mail: gmg@paraseguros.com.br, Tel (DDD): 82 99998-1477

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 18/10/2019

Signature of George Carlos Melo Lima, Assinatura do Declarante

DIGL051 V001/2017





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenicações 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 17 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/DOCUMENTOS/OCORRÊNCIAS/PROCURADOR/PROCURADOR-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 consultar o cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, contudo, a determinação da referida Circular, em recusa à prestação de comunicação ao COAF.

1 SUBENTENDIMENTO AOS SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA LICITAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVADIA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO - RESOLUÇÃO Nº 1.000/2010 DO CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE FISCALIZAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 8.131/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
 inscrito(a) no CPF/CNPJ 608.495.324 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DA ROSA VIDAL E SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 973.632.289-04
 do sinistro de DPVAT Laborista INVALIDEZ do Vítima MARIA DA ROSA VIDAL E SILVA
 inscrito (a) no CPF sob o nº 973.632.289-04, 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 da prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando e cópia do comprovante de residência do endereço informado. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

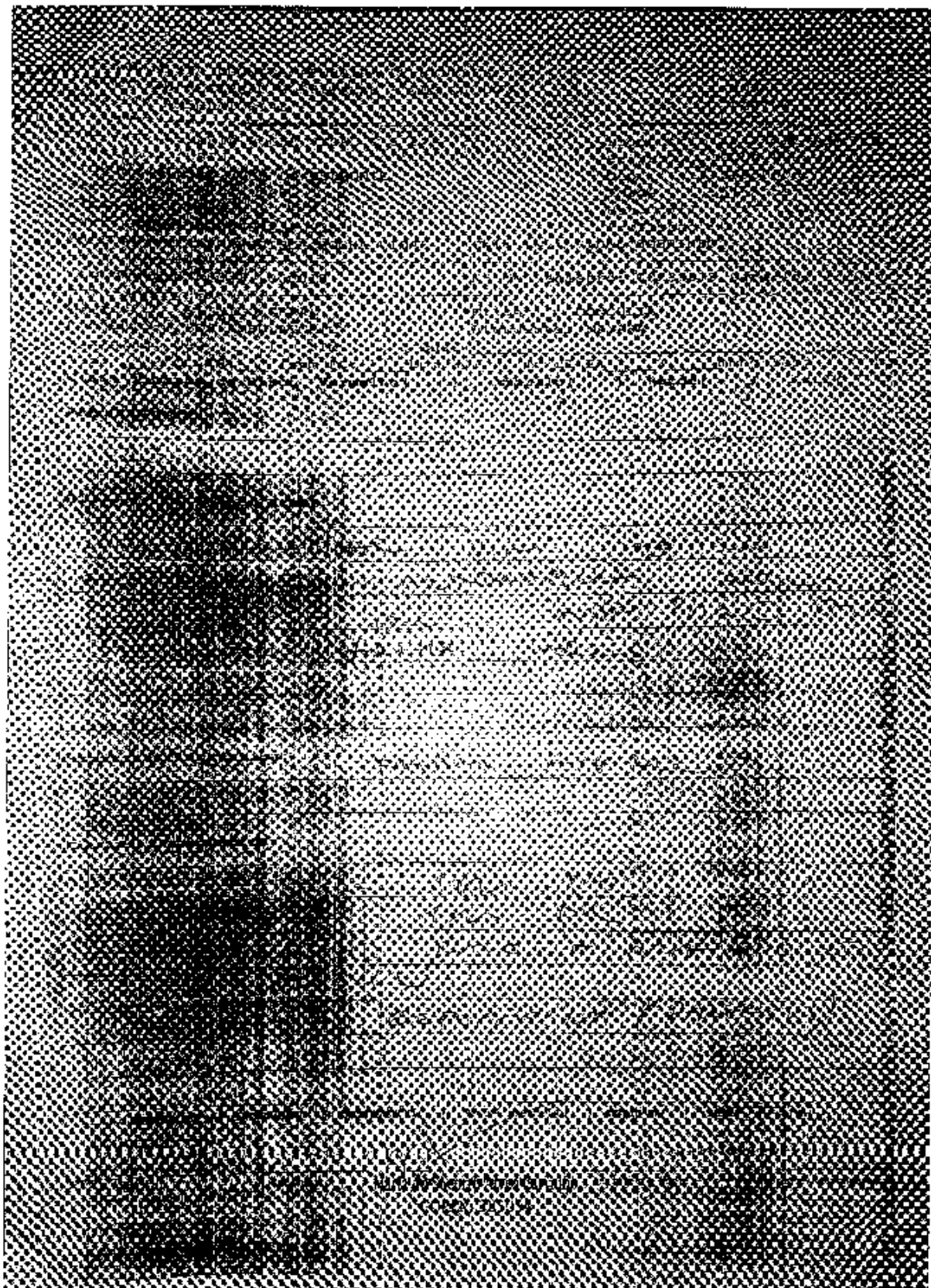
Endereço: ANTÔNIO TÔME DE SOUZA Número: 523 Complemento: CASA
 Bairro: SÃO CRISTÓVÃO Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56903-220
 E-mail: gmg@paraseguros.com.br Tel. (DDD): 82 99998-1477

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 18/10/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DUPL-051 V001/2017





1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**
 CNES: **2517124**
 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**
 CNES: **2517124**

3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 NÚMERO DO DOCUMENTO: **RG 34080499**
 NOME ATENC.: **MARIA DA PAZ MOURA e SILVA**
 SEXO: **F**
 DATA DE NASCIMENTO: **28 02 1968**
 12 - NOME DA MARCA RESPONSÁVEL: **Antonio Francisco Moura Moura**
 14 - ENDEREÇO (RUA, ANEXO, BAIRRO): **Santa Cruz**
 15 - BARRIO (CIVIL) DE RESIDÊNCIA: **São José do Bonfim**

19 - HISTÓRICO CLÍNICO (EXAME FÍSICO)
Paciente em História em
fe de 2018

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **TRAPAS do P -**
 22 - CID PRINCIPAL: **592.5**

23 - DESTINO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRAPAS do P -
 24 - CLÍNICA: **040802040**
 25 - CARACTERIZAÇÃO DO CASO
 26 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **10/18**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
 35 - ACIDENTE DE TRÁFEGO:
 36 - ACIDENTE DE TRABALHO:
 37 - ACIDENTE DE TRÁFEGO:
 38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: EMPREGADO TEMPORÁRIO AUTÔNOMO SEM EMPREGADO APRESENTADO NÃO PRESENTADO

AUTORIZAÇÃO
 39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO
 40 - DOCUMENTO: **26191024809-9**
 41 - NOME DO DOCUMENTO: **ME MOURA**
 42 - ASSINATURA: **Antonio Francisco Moura Moura**
 43 - DATA DA INTERNAÇÃO: **17 03 18**





HOSPITAL FRANCISCO ARSELINO LTDA

CLINICA

CIRURGICA

Registro de Admissão: 17072019 | Número: 00044625 | Registro: 3605496 | Convênio: SUS INTERNACAO
 IDENTIFICACAO DO PACIENTE: MARIA DA ROCHA VIDAL
 Data de Nascimento: 28/03/1988 | Idade: 51 Anos e 6 Meses | Sexo: FEMININO | Cor: PARDA
 Estado Civ: SOLTEIRO(A) | Profissão: AGRICULTORA | Nacionalidade: _____
 Filiação Pat: LUIZ VIDAL SOBRINHO | Mãe: ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL
 Endereço: SÍTIO SI-FRÓTE | Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE | Estado: PE | Telefone: 91751747

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:
 Admissão de Trabalho [] | Acidente de Trabalho [] | Outros Acidentes [] | Afirmação []
 Suicídio [] | Casos [] | Outros [] | Telefone part. Convênio: _____
 Encargos: _____
 Local da Ocorrência: _____

ANAMNESE E EXAMES FISICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO PUNHO

Diagnóstico: FRACTURA DO PUNHO

S.A.D. _____

Justificativa Final: O NÚMERO

Data de Admissão: _____ | Data de Alta: _____
 Melhoria: [X] | Decisão Médica: [X]
 Alta: [] | Alta Pedido: []
 Transferência: [] | Evolução: []
 Início de Plena: []
 Data do Internamento: 17/07/19
 Data da Atividade: 19/07/19
 Nome do Médico Responsável: _____
 CRM: _____



Realizada:	Local:	Término:	Responsável:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiologista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- CURETA
- CURETOMIA
- 02 CO. METÁLICAS Nº 20

Dr. Edson Silva
 Cirurgião Maxilofacial
 CRM - 16.122
 Assinatura do Cirurgião





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

necessita de 07 (sete) dias

para tratamento de saúde, a partir da presente data.

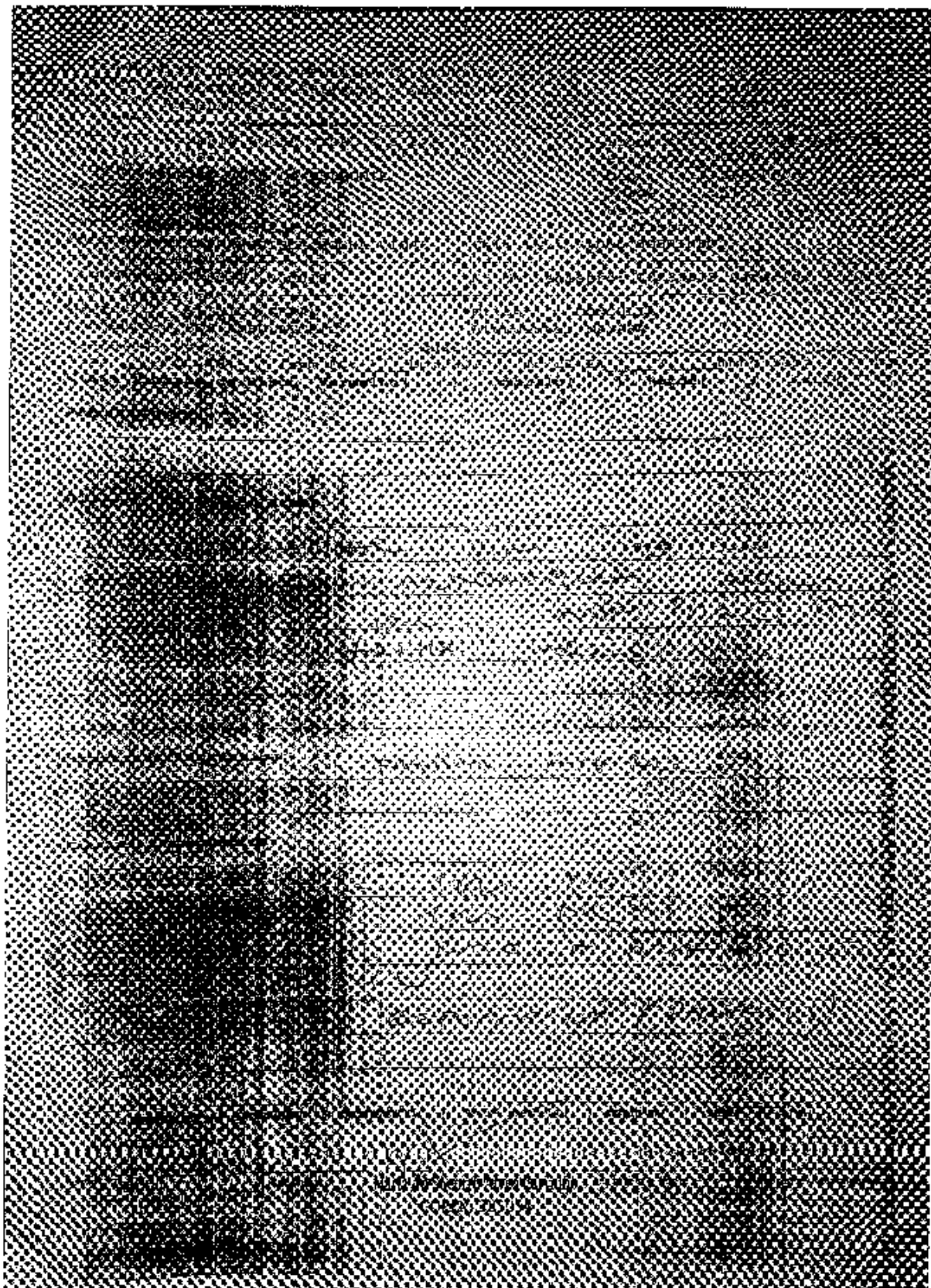
CID Nº - S22.0

São José do Belmonte, 01 de 01 de 2022









1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**
 CNES: **2577124**
 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**
 CNES: **2577124**

Identificação do Paciente
 NOME ATENC: _____
 NÚMERO DO DOCUMENTO: **RG 34080499**
 CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE: **40400987255093R**
 3 - NOME DO PACIENTE: **MARIA DA PAZ DA SILVA e Silva**
 DATA DE NASCIMENTO: **28 02 1968**
 SEXO: **F**
 12 - NOME DA MARCA RESPONSÁVEL: **Antonio Francisco Rocha Junior**
 14 - ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, BAIRRO): **Santa Cruz**
 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **São José do Rio Preto**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 19 - HISTÓRICO CLÍNICO (EXAME FÍSICO):
Paciente em História n
f - 20 dias

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **TRAPAS n**
 22 - CID PRINCIPAL: **592.5**
 23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: _____
 24 - CID SECUNDÁRIO: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO
 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRAPAS n**
 26 - CLÍNICA: _____
 27 - CARACTERIZAÇÃO INICIAL: _____
 28 - DOCUMENTO: **04.08.02.040**
 29 - NOME: _____
 30 - CPF: _____
 31 - NOME DO SOLICITANTE E ASSISTENTE: _____
 32 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **10/01/18**
 33 - ASSINATURA DO SOLICITANTE: _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
 35 - ACIDENTE DE TRÁFICO: _____
 36 - ACIDENTE DE TRABALHO: _____
 37 - ACIDENTE DE FÁBRILO: _____
 38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: _____
 EMPREGADO: _____ TEMPORÁRIO: _____ AUTÔNOMO: _____ FÓRMULA: _____ APÓBETA: _____ INDETERMINADO: _____

AUTORIZAÇÃO
 39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO: _____
 40 - DOCUMENTO: _____
 41 - NOME: _____
 42 - ASSINATURA: **Antonio Francisco Rocha Junior**
 43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **17 03 18**
 44 - DATA DE INTERNAÇÃO: **17 03 18**





HOSPITAL FRANCISCO ARSELINO LTDA

CLINICA

CIRURGICA

Registro Alameda: 70722019 | Número: 00044625 | Registro: 3605496 | Conveni: SUS INTERNACAO
 IDENTIFICACAO DO PACIENTE: MARIA DA ROCHA VIDAL
 Data Nascimento: 28/03/1988 | Idade: 51 Anos e 6 Meses | Sexo: FEMININO | Cor: PARD
 Estado Civ: SOLTEIRO(A) | Profissao: AGRICULTORA | Nacionalidade: _____
 Filiação Pat: LUIZ VIDAL SOBRINHO | Mãe: ANTONIA FRANCISCA ROCHA VIDAL
 Endereço: SÍTIO SI-FRÓTE | Estado: PE | Telefone: 91751747

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:
 Admissão de Trabalho [] | Acidente de Trabalho [] | Outros Acidentes [] | Afirmação []
 Suicídio [] | Casos [] | Outros [] | Telefone part. Convato: _____
 Encargos: _____
 Local da Ocorrência: _____

ANAMNESE E EXAMES FISICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO PUNHO

Diagnóstico: FRACTURA DO PUNHO

S.A.D. _____

Justificativa Final: O NEM-DO

Data de Admissão: _____ | Data de Alta: _____
 Melhoria: [X] | Decisão Médica: [X]
 Alta: [] | Alta Pedido: []
 Transferência: [] | Evolução: []
 Início: [] | Início: []
 Hora: _____
 Data do Internamento: 17/02/19
 Data da Atividade: 19/02/19
 Nome do Médico: _____
 CRM: _____
 Médico Responsável: _____



Localizada:	Id. Cir.:	Termino:	Id. P. Oper. Cirurgica:
Cirurgião:	1ª Auxiliar:	2ª Auxiliar:	Anestesiista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO
- 02 CO. HEMÁTICA 1450 nº 20

Dr. Edson Silva
 Cirurgião Maxilofacial
 CRM - 16.122
 Assinatura do Cirurgião





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

necessita de 07 (sete) dias

para tratamento de saúde, a partir da presente data.

CID Nº - S22.0

São José do Belmonte, 01 de 01 de 2022







Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USG MUSCULOESQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
CULPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCOLÓGICA

Dr. Adeilson Feitosa
MEDICINA ORTOMOLECULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOAUDIOLOGIA - TESTE DA ORELHA - ACUSOMETRIA
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
REUMATOLOGIA

Dra. Danielly Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
USG GINECOLOGIA E OBSTETRICA
MEDICINA FETAL

MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 15/07/2019 no município de São José do Belmonte-PE. Após o acidente foi constatada fratura de rádio distal esquerdo. Realizada cirurgia no Hospital São Francisco para osteossíntese.

Hoje passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: relata dores e edema em punho esquerdo, com força em mão diminuída, limitação para realizar flexão, extensão, rotação interna e externa de punho, ainda relata dormência em mão esquerda.

No momento apresentando déficit funcional em 75% e déficit laboral em 75% para suas de agricultora.

Serra Talhada, 03 de dezembro de 2019.

Vera Lúcia Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO Nº 3408049/99 DATA 23.09.99

NOME MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

PLACAS Luiz Vidal Sobrinho
Antonia Francisca Rocha Vidal

São José do Belmonte/PE DATA DE NASCIMENTO 28.02.1968

Cert. Cas. Nº 1.890, Liv. 2-04817, Fl. 04878

Cert. de São José do Belmonte, PE

ASSINATURA DO QUELIDA

LEI Nº 4741 DE 1965







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE MATRIMÔNIO 3408049/99 DATA 23.09.99

NOME MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA

PLACAS Luiz Vidal Sobrinho
Antonia Francisca Rocha Vidal

São José do Belmonte/PE 28.02.1968
MUNICÍPIO DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. nº 1.890, Liv. 2-04817, Fl. 04878

Cert. de São José do Belmonte, PE

ASSINATURA DO REGISTRANTE

LEI Nº 4.741 DE 1965





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL TRIBUNAL FEDERAL DO TRÂNSITO		DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 01441496/1993 REG. DE VEÍCULO	Nº 01441496/1993 REG. DE VEÍCULO	Nº 01441496/1993 REG. DE VEÍCULO	Nº 01441496/1993 REG. DE VEÍCULO
VENCIMENTO: 27/02/2013 DATA DE EMISSÃO: 27/02/2013	VENCIMENTO: 27/02/2013 DATA DE EMISSÃO: 27/02/2013	VENCIMENTO: 27/02/2013 DATA DE EMISSÃO: 27/02/2013	VENCIMENTO: 27/02/2013 DATA DE EMISSÃO: 27/02/2013
VEÍCULO: 30079314 MARCA: FIAT MODELO: PALIO	VEÍCULO: 30079314 MARCA: FIAT MODELO: PALIO	VEÍCULO: 30079314 MARCA: FIAT MODELO: PALIO	VEÍCULO: 30079314 MARCA: FIAT MODELO: PALIO
PROPRIETÁRIO: JOES FERREIRA DE SOUZA ENDEREÇO: RUA ...	PROPRIETÁRIO: JOES FERREIRA DE SOUZA ENDEREÇO: RUA ...	PROPRIETÁRIO: JOES FERREIRA DE SOUZA ENDEREÇO: RUA ...	PROPRIETÁRIO: JOES FERREIRA DE SOUZA ENDEREÇO: RUA ...
PLACA: HUR7401 ANO: 2005	PLACA: HUR7401 ANO: 2005	PLACA: HUR7401 ANO: 2005	PLACA: HUR7401 ANO: 2005
DATA DE REGISTRO: 27/02/2013 DATA DE LICENCIAMENTO: 27/02/2013	DATA DE REGISTRO: 27/02/2013 DATA DE LICENCIAMENTO: 27/02/2013	DATA DE REGISTRO: 27/02/2013 DATA DE LICENCIAMENTO: 27/02/2013	DATA DE REGISTRO: 27/02/2013 DATA DE LICENCIAMENTO: 27/02/2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL TRIBUNAL FEDERAL DO TRÂNSITO		DETRAN - CE BILHETE DE SEGURO DPVAT	
Nº 01441496/1993 REG. DE VEÍCULO	Nº 01441496/1993 REG. DE VEÍCULO	Nº 01441496/1993 REG. DE VEÍCULO	Nº 01441496/1993 REG. DE VEÍCULO
VENCIMENTO: 27/02/2013 DATA DE EMISSÃO: 27/02/2013	VENCIMENTO: 27/02/2013 DATA DE EMISSÃO: 27/02/2013	VENCIMENTO: 27/02/2013 DATA DE EMISSÃO: 27/02/2013	VENCIMENTO: 27/02/2013 DATA DE EMISSÃO: 27/02/2013
VEÍCULO: 30079314 MARCA: FIAT MODELO: PALIO	VEÍCULO: 30079314 MARCA: FIAT MODELO: PALIO	VEÍCULO: 30079314 MARCA: FIAT MODELO: PALIO	VEÍCULO: 30079314 MARCA: FIAT MODELO: PALIO
PROPRIETÁRIO: JOES FERREIRA DE SOUZA ENDEREÇO: RUA ...	PROPRIETÁRIO: JOES FERREIRA DE SOUZA ENDEREÇO: RUA ...	PROPRIETÁRIO: JOES FERREIRA DE SOUZA ENDEREÇO: RUA ...	PROPRIETÁRIO: JOES FERREIRA DE SOUZA ENDEREÇO: RUA ...
PLACA: HUR7401 ANO: 2005	PLACA: HUR7401 ANO: 2005	PLACA: HUR7401 ANO: 2005	PLACA: HUR7401 ANO: 2005
DATA DE REGISTRO: 27/02/2013 DATA DE LICENCIAMENTO: 27/02/2013	DATA DE REGISTRO: 27/02/2013 DATA DE LICENCIAMENTO: 27/02/2013	DATA DE REGISTRO: 27/02/2013 DATA DE LICENCIAMENTO: 27/02/2013	DATA DE REGISTRO: 27/02/2013 DATA DE LICENCIAMENTO: 27/02/2013





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS		CE Nº 01441496-1993 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		2019	
VEICULO: 34599-143	COLAR: 9100000000	RUA: RUA 7401	
NOME: JESUS FERREIRA DE SOUZA		RUA: RUA 7401	
CNPJ: 000000000000000000		CNPJ: 000000000000000000	
CATEGORIA: 01		CATEGORIA: 01	
PLACA: 30079314		PLACA: RUY7401	
MARCA: FIAT		MARCA: FIAT	
MODELO: 500		MODELO: 500	
COR: PRATA		COR: PRATA	
ANO: 2019		ANO: 2019	
VALOR: 10.000,00		VALOR: 10.000,00	
CUSTO DO SEGURO: 40,05		CUSTO DO SEGURO: 40,05	
PREMIO TARIFÁRIO: 4,01		PREMIO TARIFÁRIO: 4,01	
TOTAL DO SEGURO: 44,06		TOTAL DO SEGURO: 44,06	
DATA DE VALIDADE: 27/02/2019		DATA DE VALIDADE: 27/02/2019	
EMPRESA: SBC DPVAT 0900		EMPRESA: SBC DPVAT 0900	
CNPJ: 08.947.888/0001-88		CNPJ: 08.947.888/0001-88	
RUA: RUA 7401		RUA: RUA 7401	
Cidade: SÃO PAULO		Cidade: SÃO PAULO	
Estado: SP		Estado: SP	
CEP: 04000-000		CEP: 04000-000	
Emissão: 06/01/2022 16:02:22		Emissão: 06/01/2022 16:02:22	



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190604605
Nome do(a) Examinado(a): Maria da Rocha Vidal
Endereço do(a) Examinado(a): Si Serrote, 310
310 Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 340804999
Data local do acidente: [15/07/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE PUNHO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FIXAÇÃO COM FIOS DE K
Complicações: LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE / ATROFIA MUSCULAR
Data da Alta: 20/10/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ATROFIA MUSCULAR
DEFICIT DE APREENSAO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT DE MOBILIDADE
ATROFIA MUSCULAR
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Seqüela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: ATROFIA MUSCULAR DEFICIT DE APREENSAO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO COM FIOS DE K
EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE / ATROFIA MUSCULAR
DATA DA ALTA: 20/10/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: APÓS NOVA AVALIAÇÃO E DIANTE DO ACIMA EXPOSTO CONCLUÍMOS QUE NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: ATROFIA MUSCULAR DEFICIT DE APREENSAO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO COM FIOS DE K
EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE / ATROFIA MUSCULAR
DATA DA ALTA: 20/10/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: APÓS NOVA AVALIAÇÃO E DIANTE DO ACIMA EXPOSTO CONCLUÍMOS QUE NÃO HÁ INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR A SER PAGA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO: 50% PUNHO ESQUERDO.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190604605 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: PROCURADORA, portador(a) do RG: 5408049/99, órgão expedidor: SP/PE
e do CPF: 94763226404, residente no(a): S. SERRA
nº 310, bairro: RURAL, município: BELMONTE, PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG: 5840550, órgão expedidor: SS/PE
e do CPF: 098405324029, residente no(a): ANTÔNIO TÁME DA SOUZA
nº 593, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHA DA L. PE

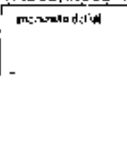
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constata meu bastante procurador e outorgada acima qualificada, a quem tanto poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIOR DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para tanto o cumprimento desta mandato, de vítima MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA, CPF: 94763226404, data do acidente: 12/08/2022, assinatura: ANTÔNIO TÁME DA SOUZA

Local e data:

Altavania da Rocha Vidal e Silva

Assinatura do outorgante

(Reconhecer: firme por autenticidade)



ESTÓMPO DO 2º OFICIAL DO CARTÓRIO PÚBLICO DE BELMONTE - PE

Atualizar: 12/08/2022 15:45:27

Reconheço a Firma por Autenticidade desta Maria da Rocha Vidal e Silva, inscrita no RG nº 5408049/99 e no CPF nº 94763226404, residente no(a) S. Serra, nº 310, bairro Rural, município Belmonte - PE. Reconheço a Firma por Autenticidade desta Maria da Rocha Vidal e Silva, inscrita no RG nº 5408049/99 e no CPF nº 94763226404, residente no(a) S. Serra, nº 310, bairro Rural, município Belmonte - PE. Reconheço a Firma por Autenticidade desta Maria da Rocha Vidal e Silva, inscrita no RG nº 5408049/99 e no CPF nº 94763226404, residente no(a) S. Serra, nº 310, bairro Rural, município Belmonte - PE.

Scio: 0074872.1681021002 08/08/2022 10:45:27
Consulta autenticidade: https://www.cartorio-publico-pe.com.br/consultas-autenticidade

DADOS DE QUEM ASSINA A RODO(S) ROUBER:

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG: _____, órgão expedidor: _____
e do CPF: _____, residente no(a): _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
TESTEMUNHAS
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
 Profissão: PROCURADORA, portador(a) do RG 5408049/99, órgão expedidor SDP/PE
 e do CPF: 04763226404, residente no(a) S. SERRAOTE
 nº 310, bairro: RURAL, município: BELMONTE, PE

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP/PE
 e do CPF: 008405324029, residente no(a) ANTÔNIO TÁME DA SOUZA
 nº 593, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA, PE

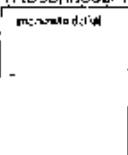
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio a constata meu castar e procurador e outorgada acima qualificada, a quem tanto poderes especiais para representar-me perante a **SEGRADORA LIOR DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para tanto o cumprimento desta mandato, de vítima MARIA DA ROCHA VIDAL E SILVA, CPF 04763226404, data do acidente: 12/08/2022, assinatura: ANTÔNIO TÁME DA SOUZA

Local e data:

Sitânia da Rocha Vidal e Silva

Assinatura do outorgante

(Reconhecer: firme por autenticidade)



SECRETARIA DO 2º OFÍCIO DE NOTARIA TAMBÉM - PE
 Titular: REGISTRO CIVIL DE VITÓRIA
 Inscrição Nº 199.992/2020

Reconheço a Firma por Autenticidade desta Maria da Rocha Vidal e Silva, inscrita no RG nº 5408049/99, e do CPF nº 04763226404, residente no(a) S. SERRAOTE, nº 310, bairro: RURAL, município: BELMONTE, PE.

Lucia da Silva, inscrita no RG nº 3.351.0000-98, e do CPF nº 04763226404, residente no(a) S. SERRAOTE, nº 310, bairro: RURAL, município: BELMONTE, PE.

Sci: 0074872.4680201902 02/08/2022 10:45:27
 Consulta autenticidade: https://www.tribunalpe.org.br/portal/portal

DADOS DE QUEM ASSINA A RODO(S) ROUBER(S)

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG: _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a): _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de quem assina A RODO	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ TESTEMUNHAS 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
---	--



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373610/19

Número do Sinistro: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do acidente: 15/07/2019

CPF: 943.632.264-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA ROCHA VIDAL

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA DA ROCHA VIDAL : 943.632.264-04

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373610/19

Número do Sinistro: 3190604605

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do acidente: 15/07/2019

CPF: 943.632.264-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA ROCHA VIDAL

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373610/19

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do acidente: 15/07/2019

CPF: 943.632.264-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA ROCHA VIDAL

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

MARIA DA ROCHA VIDAL : 943.632.264-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367461/19

Vítima: MARIA DA ROCHA VIDAL

Data do acidente: 15/07/2019

CPF: 943.632.264-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DA ROCHA VIDAL

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

MARIA DA ROCHA VIDAL : 943.632.264-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

