

**Dr. Fred Veras**  
Reumatologista  
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Ana Beatriz de Souza Melo

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia 04 de março de 2018 em via pública de Serra Talhada – PE deu entrada no Hospital HOPSPAM – Serra Talhada – PE local e transferido para Hospital São Vicente – Serra Talhada – PE de recebeu atendimento médico para redução cirúrgica com fixação fratura da diáfise do fêmur D recebendo alta hospitalar 16 de março de 2018 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 07 de agosto de 2018, tendo realizado acompanhamento fisioterápico concomitante.

Na 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, tem o paciente apresentando-se com sequela de fratura da diáfise D com longa cirurgia com retração de tecido muscular com fibrose e atrofia de 6% da musculatura abdutora da coxa D com déficit de 40% para abdução 20% para adução 25% para as rotações do quadril D e semi congelamento do joelho D com déficit de 40% para flexão 30% para extensão e edema regional com flutuação de patela++

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

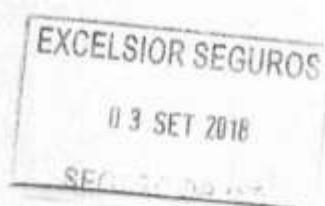
**PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.**

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 31 de agosto de 2018

Dr. Fred Veras  
Reumatologista-Ortopedia  
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Av. Aparício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE – Fone 87 38381304





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**103.853.864-51**

Nome

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

Nascimento

04/07/2003



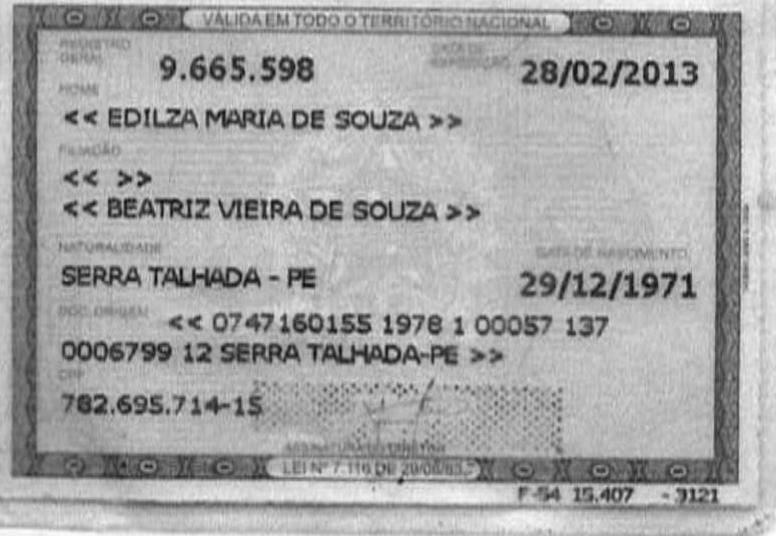
REAL SERVIÇO

Cartão de uso pessoal e intransférivel  
Deve ser apresentado juntamente com um documento de identidade

Emissão  
NOV/2009

 CORREIOS

EXCELSIOR SEGUROS  
07 JUN 2018  
SEGURÓ DPVAT



P  
P  
P  
P

**HOME**  
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
5840550 SSP PE

CPF  
008.475.324-29 DATA NASCIMENTO  
03/05/1978

PAISAGEM  
GILBERTO CARLOS DE LIMA  
A  
MARTA DE LOURDES MELO  
DE LIMA

PERMISSÃO  
ACE  
CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
02136855400  
VALIDADE  
30/06/2023  
1ª HABILITAÇÃO  
18/12/2001

OBSTETÓRICAS NACIONAIS  
1482661245

VALIDA EM TODO  
1482661245

OBSEVAÇÕES  
KAR  
CMX

*George Carlos Melo Lima*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
SERRA TALHADA, PE  
DATA EMISSÃO  
24/07/2017

*Gilberto Carlos Lima*  
Gilberto Carlos Lima  
Dirigente  
Assistente  
ATENÇÃO DO PORTADOR  
PERNAMBUCO





56157037



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**103.853.864-51**

Nome

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

Nascimento

04/07/2003



REAL SERVIÇO

Cartão de uso pessoal e intransférivel  
Deve ser apresentado juntamente com um documento de identidade

Emissão  
NOV/2009



EXCELSIOR SEGUROS  
07 JUN 2018  
SEGURÓ DPVAT

P  
P  
P  
P

**HOME**  
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
5840550 SSP PE

CPF  
008.475.324-29 DATA NASCIMENTO  
03/05/1978

PAISAGEM  
GILBERTO CARLOS DE LIMA  
A  
MARTA DE LOURDES MELO  
DE LIMA

PERMISSÃO  
ACE  
CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
02136855400 VALIDADE  
30/06/2023 1ª HABILITAÇÃO  
18/12/2001

OBSTETRÍCIA NACIONAL  
1482661245

VALIDA EM TODO  
1482661245

OBSEVAÇÕES  
KAR  
CMX

*George Carlos Melo Lima*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO  
25/07/2017

*Gilberto Carlos Lima*  
Gilberto Carlos Lima  
Dirigente Presidente  
ATMOTÔTICA SUL  
PERNAMBUCO





5193/1974

A rectangular stamp with a double-line border. The word 'EXCEPCIÓN' is at the top, 'SEGUROS' is in the middle, '07 JUN 2018' is in the center, and 'SEGURO DPVAT' is at the bottom.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180334663      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO      **Data do acidente:** 04/03/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 24/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Serraria Jardim da PE

lementente:

George Carlos de Melo Sáima

Rua Antônio Goméi de Souza nº 573  
CEP 56 303 220  
Bomre São Crisóstomo  
FONE- 87 9998 1477

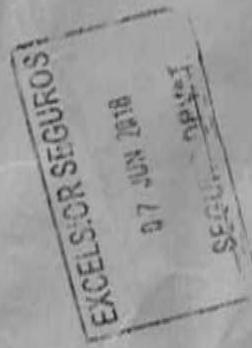
EXCELSIOR SECURIS

07 224 733

SECURIS

Excelvion Seguros DPVAT

A.V. Marques de Almíndea N° 145  
Pacific PE Antigo  
CEP 50030-000  
TEL. 091-3087-9200

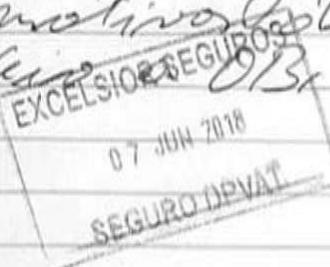




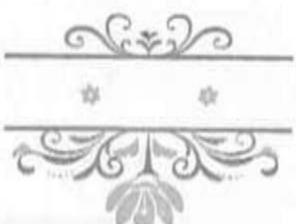
Eu Edilza, maria de Souza, mãe de Ana Beatriz de Souza Melo, informo que na Data que sua filha Ana Beatriz Vinha na garupa. onde tive o Acidente com o Edilso com um veiculo que pilotava a Moto, Wilson Silveira Góes, foi transferido para clinica São Vicente dia 09/03/18 não resistiu e fui o Óbito, E' Ana Beatriz de Souza, Tive. varios Fraturas, no Ferno e Estomaco e escoriações pelo corpo, e com Sarcasmos no membro inferior direito e esquerdo.

Eu Edilza Vou comunicar que nos não conseguimos localizar a dona da moto por morar em outra cidade. por favor de Declarar o proprietário de veiculo.

E' a mãe de Wilson Silveira Góes que não consegue entrar em contato por motivos de Acidente que Wilson Silveira Góes



ASS. EDILZA MARIA DE SOUZA  
MÃE DE ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180334663      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO      **Data do acidente:** 04/03/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 12/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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:** 3180334663      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO      **Data do acidente:** 04/03/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 13/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180334663      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO      **Data do acidente:** 04/03/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 03/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÉMUR DIREITO.

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

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA.

## 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

## Procuração

### Outorgante(s):

Nome: EDILZA MARIA DE SOUZA  
R.G.: 9.665.598 C.P.F.: 482.695.434-35  
Endereço: RUA SÃO TÔME BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE  
CEP: 56909-340

### Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 008.475.324-29  
Endereço: ANTÔNIO TÔME DE SOUZA N° 573  
CEP: 56.903.220 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO  
ocorrido na data em 04/03/2018

Local: SERRA TALHADA - PE Data: 06/04/2018

EDILZA MARIA DE SOUZA

Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE**  
Titular: **REGINALDO ANÍSTIO DA SILVA**  
Telefone: (87) 3631-2411 - Substituto Titular e Of. do Protesto

Reconhecço a Firma por Autenticidade de **EDILZA MARIA DE SOUZA**. Dno. Fe. Serra Talhada - PE. Em Test<sup>o</sup> ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anístio da Silva - Titular. ( ) Maria Lúcia de Souza - Substituta. Emol. - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. PERC - R\$ 0,40. IBS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.NN004201802.03571 30/04/2018 09:42:50  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265277/18

**Número do Sinistro:** 3180334663

**Vítima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

**CPF:** 103.853.864-51

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/03/2018

**Titular do CPF:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2018  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

---

GEORGE CARLOS MELO LIMA

---

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** EDILZA MARIA DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180261773

**Vitima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

**Data do Acidente:** 04/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180261773**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** EDILZA MARIA DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180334663

**Vitima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

**Data do Acidente:** 04/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180334663**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** EDILZA MARIA DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180334663

**Vitima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

**Data do Acidente:** 04/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180334663**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** EDILZA MARIA DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180334663

**Vitima:** ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

**Data do Acidente:** 04/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

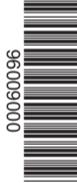
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180334663**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

103.853.864-51

Nome completo da vítima

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	EDILZA MARIA DE SOUZA	CPF titular da conta	982.695.914-35	Profissão
Endereço	SÃO TOME	Número	343	Complemento
Bairro	SÃO CRISTO VIANO	Cidade	SERRA TALHADA	Estado
Email				CEP

Telefone (DDD)

87.9.9998-1472

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

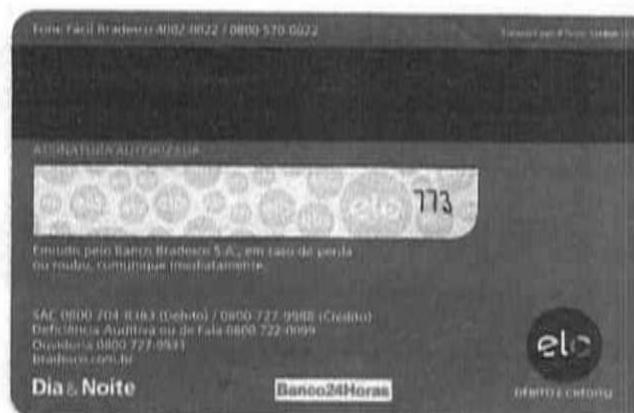
BANCO	NAME	NRO
BRADESCO		237
AGÊNCIA		
NRO.	D/V	
0586	0	
CONTA		
NRO.	D/V	
59170	0	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SERRA TALHADA PE 01 de JUNHO de 2018  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

103.853.864-51

Nome completo da vítima

ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	EDILZA MARIA DE SOUZA	CPF titular da conta	982.695.914-35	Profissão
Endereço	SÃO TOME	Número	343	Complemento
Bairro	SÃO CRISTO VIANO	Cidade	SERRA TALHADA	Estado
Email				CEP

Telefone (DDD)

87.9.9998-1472

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO
BRADESCO		237
AGÊNCIA		
NRO.	D/V	
0586	0	
CONTA		
NRO.	D/V	
59170	0	

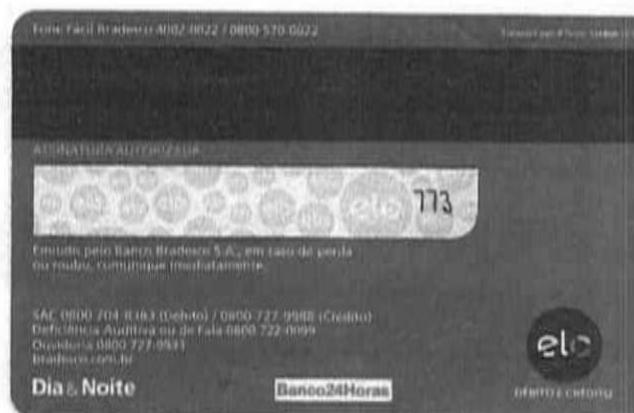
AGÊNCIA  
NRO.  D/V  CONTA  
NRO.  D/V  
(Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SERRA TALHADA PE 01 de JUNHO de 2018  
Local e Data

ana Beatriz da Souza Melo  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Edilza Maria de Souza  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177 CIRC  
DINTER2/21ª DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0267000976**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/03/2018** às **11:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **4/3/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR 232** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESTAÇÃO DO FORRO**

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

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

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
ANTONIO FURTADO CARDOZO ( NOTICIANTE )  
A.B.D.S. (Menor de Idade) ( TESTEMUNHA )  
LAELSON SILVA CARDOZO ( VITIMA )

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAELSON SILVA CARDOZO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

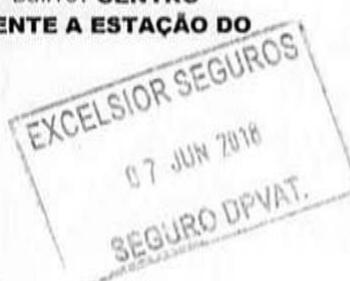
**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **4/3/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, BR 232** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESTAÇÃO DO FORRO**

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

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

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
ANTONIO FURTADO CARDOZO ( NOTICIANTE )  
LAELSON SILVA CARDOZO ( OUTRO )  
A.B.D.S. (Menor de Idade) ( VITIMA )



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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LAELSON SILVA CARDOZO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**LAELSON SILVA CARDOZO** (não presente ao plantão) - NIC: 00000 Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ALAIDE DA SILVA** Pai: **ANTONIO FURTADO CARDOZO** Data de Nascimento: **30/9/1999** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9706661/SDS/PE (RG), 13718530457 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, QUADRA 54; LOTE 20; VILA BELA - CEP: - Bairro: - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**A.B.D.S. (Menor de Idade) (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **EDILZA MARIA DE SOUZA** Pai: **GILVAN ELIAS DE MELO** Data de Nascimento: **4/7/2003** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10385386451 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 189, RUA VINTE E CINCO, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**ANTONIO FURTADO CARDOZO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Pai: **JOSE CARDOZO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/12/1974** Naturalidade: **MANAIRA / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **5492650/SDS/PE (RG), 04368368401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 87999392718**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 29, RUA LINDOLFO NUNES DA SILVA, NO DISTRITO DE JATIUCÁ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAELSON SILVA CARDOZO**

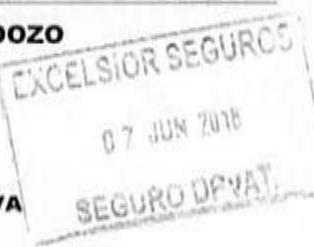
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **PCI2250** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC6900HR003243**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017**

Descrição: **FAN; COD. RENAVAM: 1131162339 EM NOME DE MARIA CRISTINA DA SILVA**



**AUTOMOVEL (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**CONFERE COM  
O ORIGINAL**

Complemento / Observação

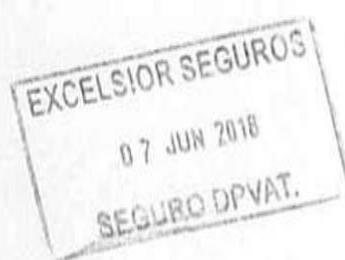
O SRº ANTONIO FURTADO CARDOZO COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA DO FATO SEU FILHO LAELSON SILVA CARDOZO PILOTAVA A MOTOCICLETA RETROMENCIONADA COM A MENOR DE IDADE ANA BEATRIZ DE SOUZA NA GARUPA ONDE HOUVE UMA COLISÃO COM UM VEÍCULO DE CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS, RELATA O SRº ANTONIO QUE O LAELSON E ANA FORAM SOCORRIDOS PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES PARA O HOSPAM, ONDE POSTERIORMENTE NO DIA 07/03/2018 O LAELSON FOI TRANSFERIDO PARA A CLINICA SÃO VICENTE E NO DIA 09/03/2018 NÃO RESISTIU E FOI A OBTO. INDAGOU AINDA O SRº ANTONIO QUE SOUBE ATRAVÉS DE POPULARES QUE O VEÍCULO QUE COLIDIU COM A MOTO DE SEU FILHO FOI UMA PARATI DE COR PRATA QUE ESTAVA SENDO CONDUZIDA POR UMA PESSOA DESCrita POR FOFÃO POIS O ANTONIO FOI ATÉ A CASA DO AUTOR E EM CONVERSA COM O SEU GENITOR A PESSOA DE ANTONIO DO BAR O MESMO CONFIRMOU QUE REALMENTE QUEM ESTAVA NO CARRO ERA O SEU FILHO FOFÃO QUE NO DIA DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, VALE RESALTAR QUE O BAR DO PAI DE FOFÃO É PRÓXIMO AO TERMINAL RODOVIÁRIO, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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

**ANTONIO FURTADO CARDOZO  
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: **320336-0**





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO*

CPF da Vítima

*103.853.864-51*

Data do Acidente

*04-03-18*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

*EDILZA MARIA DE SOUZA*

CPF do Representante legal

*782.695.714-35*

Email

Telefone (DDD)

*82.9.9998-5477*

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*SERRA TALHADA PE, 01 de JUNHO de 2018*

Local e Data

*EXCELSIOR SEGUROS*  
07 JUN 2018  
SEGURADO DPVAT

*Ana Beatriz da Souza Melo*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Edilza Maria de Souza*  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO*

CPF da Vítima

*103.853.864-51*

Data do Acidente

*04-03-18*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

*EDILZA MARIA DE SOUZA*

CPF do Representante legal

*782.695.714-35*

Email

Telefone (DDD)

*82.9.9998-5477*

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*SERRA TALHADA PE, 01 de JUNHO de 2018*

Local e Data

*Ana Beatriz da Souza Melo*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Edilza Maria de Souza*  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**  
**COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros**

SERRA TALHADA - PE, 27 de março de 2018.

**ANDRÉ PEREIRA DA SILVA**  
Ten Cel BM Cmt 3º GB  
TEN. CMT 3º GB  
MAT 520435-0  
MAR 2792012-7  
RG 2792012-7

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 055 DOp./2018**

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. **EDILZA MARIA DE SOUZA**, RG 9.665.598 SDS/PE, CPF 782.695.714-15, residente à Rua 25, 189, Bairro COHAB, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 23h16min do dia 04 de março de 2018, comandada pelo Cb QBMG 1/707296-1 **ERNANI ALBERTO DE SOUZA JÚNIOR**, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTOCICLETA)**, sendo vitimada a Sra. **ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO**, Certidão de Nascimento nº 52.949, fls.179V, do Livro nº A-98, filha da solicitante, a qual declarou que estava na garupa da motocicleta marca/modelo Honda CG 125I Fan, cor preta, placa PCI 3350-PE. O acidente ocorreu na BR 232, KM 410, Bairro São Cristovão, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada no membro inferior direito e escoriações no membro superior direito e membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **Francisco Gomes**, CRM 6740, prontuário 116. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, Resp. ~~EXCEP~~ <sup>SEGUR</sup> chefeia da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros. *Wamberg R. Santos*

*Wamberg Rodrigues dos Santos*  
Cap QOC/BM Mat.704015-6

*SEGUR DPNAT*



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**  
**COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros**

SERRA TALHADA - PE, 27 de março de 2018.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA

Ten Cel BM Cmt 3º GB

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA  
TEN. CMT 3º GB  
MAT 520435-0  
MAR 2792012-7  
RG 2792012-7

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 055 DOp./2018**

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. EDILZA MARIA DE SOUZA, RG 9.665.598 SDS/PE, CPF 782.695.714-15, residente à Rua 25, 189, Bairro COHAB, Serra Talhada-PE, CERTIFICA que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 23h16min do dia 04 de março de 2018, comandada pelo Cb QBMG 1/707296-1 ERNANI ALBERTO DE SOUZA JÚNIOR, para uma ocorrência de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTOCICLETA), sendo vitimada a Sra. ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO, Certidão de Nascimento nº 52.949, fls.179V, do Livro nº A-98, filha da solicitante, a qual declarou que estava na garupa da motocicleta marca/modelo Honda CG 125I Fan, cor preta, placa PCI 3350-PE. O acidente ocorreu na BR 232, KM 410, Bairro São Cristovão, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada no membro inferior direito e escoriações no membro superior direito e membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. Francisco Gomes, CRM 6740, prontuário 116. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, Resp. ~~EXCEP~~ <sup>SEGUR</sup> chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros. Wamberg R. Santos.

Wamberg Rodrigues dos Santos  
Cap QOC/BM Mat.704015-6

*SEGUR* *DPVAT*

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: EDILZA MARIA DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000059170-0

---

Nr. Autenticação

BRADESCO28082018050000000002370058600000059170236250 PAGO



**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02.

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONVENIADA**  
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF 200 442 044-01

ALTO DA CÔNCEICAO/SERRA TAI HADA

## CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL,  
Monofamiliar

012561000 UNICA 1  
12/04/2018 2000530116 36



BRASÍLIA  
AVENIDA RUI VIEIRA MAGALHÃES  
SAO CRISTÓVÃO/SERRA TALHADA

Советско-Английский

Contribuição Iluminação Pública  
ICMS Subvenção-CDE-Nº 001133700-12  
ICMS Subvenção-CDE-Nº 005110261-09  
Declaração APPA - Piso 722.820

Phoebeas 00-05-2018 16:09  
V11.7.3 00:00230  
PH:205-021607

020400000016 0098011001  
130123025101-0/4388323

DOCUMENTO VALIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

TOTAL DA CARIRI

1000

DEMONSTRATIVO DI CONCORSO DI CANTO NELL'OPERA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE CTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR 180754	TIPO DA FUNÇÃO CAT.	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		13/03/2018	8.197,00	12/04/2018	8.316,38	30	1,00000		219,38

2019 RELEASE UNDER E.O. 14176

EXCELSIOR SEGUROS  
08 JUN 2018  
SEGURO DE VIDA

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ PODE SER COBERTO POR  
UMA POLÍTICA DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.

Vencido	Efetuado	Valor	Vencido	Efetuado	Valor
02/03/08	10/03/08	127,77			

En caso de retraso pagamiento del saldo, el Instituto tendrá los mismos derechos que el vendedor, tienen el TITMO poseer el documento de venta hasta que se pague el saldo de acuerdo con el TITMO, sin perjuicio de las demás garantías nacionales. Pueden ser cesados tales derechos si el vendedor no paga el saldo dentro de los 15 días siguientes a la fecha de vencimiento del TITMO, sin perjuicio de las demás garantías nacionales. En consecuencia, los vendedores no podrán cesar tales derechos.

www.merriam-webster.com

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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<sup>1</sup> 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>2</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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.445.324-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDILZA MARIA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 290.695.714-15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

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	<u>ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA</u>	Número	<u>573</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SAO CRISTOVÃO</u>	Cidade	<u>SERRA FALHADA</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>87-9-9998-3472</u>	Telefone celular (DDD)	<u>87-9-9998-1472</u>

SERRA FALHADA PE. 01 de JUNHO de 2018  
Local e Data

George Carlos melo Lima  
Assinatura do Declarante

ASFur Edilze Maria de Souza 02/03/18 nasc de  
André Bento de Souza Ferreira 02/03/18  
relacionado com o acidente. Dado 11/03/18  
quando fui ao posto de saúde. Deve ser  
12/03/2018. Fui levado em 06/03/2018  
depois fui levado em 06/03/2018  
a Moto, Edilze Maria de Souza Ferreira  
para clínica São Vicente dia 09/03/18 nasc  
relacionado com o acidente. E' Ana Beatriz de Souza  
Ferreira, Tere. Ferreira 02/03/18  
estava deitada no chão, no chão e  
com ferida 12/03/2018 na face inferior aberta  
e exposta.

Es Edha Venâco ~~Wimberly~~ que nos  
nos conseguimos localizar a dona da  
Amparo por morar em ~~Edha~~ Cidade.

ASL-0203868/13  
raianne maria de souza  
ASS. ADIZA MAFRA DE SOUZA  
MÃE DE ANA 2003176, SÃE SOUZA MELO  
44:41

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Data: 04/03/2018	Horas: 23:52	Nº: 117			
Nome: Ina Beatriz de Souza Melo					
Nascimento: 04/07/03	Sexo: F	Estado Civil: solteira			
Escolaridade: 9ºano	Profissão: Estudante				
Mãe: Edizete Maria de Souza	Responsável: Melena				
Endereço: Trajano 25 n° 168					
Bairro: Coqueiro	Município: Serra Talhada	Fone: 96618968			
Cartão SUS: 598 0032 0637 1885		RG/CPF: 103 853 864 51			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	P脉:	HOT:	Temperatura:	Peso:	

**História e Exame Físico:**

Dor + 2 dias + 3. 201  
 febre 40°C. Sintomas: febre  
 febre. Exames: anemia  
 bruto.

**Tratamento:**

1. Sustinu  
 2. Rx da febre e dor.  
 3. Rx da febre e dor.

EXCELSIOR SEGURO  
 07 JUN 2018  
 SEGURO UPVAT

Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:			
Dr. Francisco Gomes Cirurgia Geral e Obstétrica CRM-PE: 9743				
Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			



# HOSPAM

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

FOLHA DE INTERNACÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 999 Data 05/03/18 Hora 00.47

**PACIENTE**

Nome, Ana Beatriz de Souza Melo Data de Nascimento 09/07/03

Sexo F Idade 14 anos Cor parda Estado Civil solteira

Naturalidade Seng Talhada - PE Profissão Estudante

Endereço Trav-25 m 169 - Coba sta

Filiação Eclésia Maria de "Soyza"

Telefone (81) 9661 8968 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.)

Trazido por *a Apivita*

Endereço \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## OCORRÊNCIA

Local do Acidente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Natureza do acidente  Casual  Tentativa Suicídio  Acidente Trânsito  
 Queda  Intoxicação  Outras Causas  
 Agressão  Acidente de Trabalho

## HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

## EXAME FÍSICO

Diagnóstico Provisório: Enxaqueca

Conduta PLANO DE AÇÃO EM AP 07/01/2011

Veron

Dr. Francisco Gomes  
Clínica Geral e Obstétrica  
CREMEPE: 6744

<b>Identificação do Paciente</b>	
TIPO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.
03.853.864-51	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRÉ-NATAL
398003406351885	7 - SENHA/REGULAÇÃO
NOME DO PACIENTE	8 - N.º DO PRONTUÁRIO
ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO	000057244
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - DATA DE NASCIMENTO
EDILZA MARIA DE SOUZA	04/07/2003
ENDEREÇO (RUA N.º BAIRRO)	10 - SEXO
Vinte e Cinco	Feminino
5 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	11 - DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO
SERRA TALHADA	(87) 99806-3567
16 - COD. IRGE MUNICÍPIO	
17 - UF	
18 - CEP	
PE 56909-130	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

SERRA TALHADA  
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
9 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO  
José da Silva, 35 anos, M.  
Último exame de Reumatologia: 00/0000  
Multiples lesões art. do tipo  
Sopro aéreas precoces agudizadas

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
<i>Freeze de cerebro</i>	3728
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

— 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		27 - COD. DA AÇÃO
<i>Assassinato</i>				<i>0408050519</i>
— 28 - CLÍNICA	— 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	— 30 - DOCUMENTO	— 31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
<i>06 - TRAJANO FEM.</i>	<i>01</i>	<i>IX CNS I</i>		
— 12 - ASSISTENTE	<i>ANTONIO Rodrigues de Freitas</i>	— 32 - SOLICITANTE/ASSISTENTE	— 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	— 34 - ASSISTENTE
			<i>13/03/2018</i>	<i>Mauriciana Pereira Ferreira</i>
				CRM: 030.473.994-41
				CRM: 16278
				Diretora Clínica
— 35 - INDIVÍDUOS OU VIOLENCIAS				

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**  
NÚMERO DA SICURADORA **39. N.º DO BILHETE**

35 - 1	ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURANÇA	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOF
36 - 1	ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				
37 - 1	ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
45 - 1	EMPREGADO	46 - 1	AUTÔNOMO	47 - 1	DESEMPREGADO
48 - 1		49 - 1		50 - 1	APÓSINTADO
51 - 1		52 - 1		53 - 1	NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
<input checked="" type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		Ilmo Pereira de Andrade Melo INATUA E PARIMU DO PÚBLICO DO CONSELHO CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador XI GERES

# Hospital São Vicente

Atendimento:	06/03/2018	Nº Registro:	000057244	
Identificação do Paciente:	ANA BEATRIZ DE SOUZA MELO	306 - TRAUMA FEM. 03		
Ascimento:	04/07/2003	Idade:	14	
Civil:	Solteiro(a)	Sexo:	Feminino	
Profissão:	MENOR	Naturalidade:	SERRA TALHADA	
Pai:	GILVAN ELIAS DE MELO	Mãe:	EDILZA MARIA DE SOUZA	
Idade:	189			
Sexo:	Vinte e Cinco			
COHAB	Cidade:	SERRA TALHADA	Estado:	PE
				Telefone: (87) 99806-3567

## ENTOS DA OCORRÊNCIA:

nte de Trânsito  Acidente de Trabalho  Outros Acidentes  Agressão

rio  Casual  Outros

Telefone para Contato:

reço:

lida Ocorrência:

## MNESE E EXAME FÍSICO

resida de le Brase HID, de suspeita  
suscitação Coxas D, coxas,  
mobilidade restringida sem lesão  
física. Colhida  
frequente dispepsia leve D

agnóstico Inicial

A.D.T

agnóstico Final

EXCELSIOR-SEGURU  
07 JUN 2018  
SEGURU-IRVAT

CONDICÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>
Inalterado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>
Piorado <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>
Óbito+48h <input type="checkbox"/>	Evasão <input type="checkbox"/>
Óbito-48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>

Óbito em: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

13/03/18  
Data do Internamento  
16/03/18  
Data da Alta  
Local: \_\_\_\_\_  
Antônio Roberto Freitas  
CRM: 050.552-0383  
CPF: 050.552-0383  
Médico Responsável

Data Realizada:

15/05/18

Início:

Término:

Cirurgião:

Silviano

Auxiliar:

Edson

Auxiliar:

Silviano

Estetista:

Silviano

CRÍCAO CIRÚRGICA

Bel sutura ssoptura NID

- Sutura feita a lateral com Pin

Sutura feita por plástico

Novo fuso feito fez fez fez

Novo fuso fez fez fez fez

Novo fuso fez fez fez fez

Novo fuso

Os plásticos de o fuso

10 pacotes totais

Novo fuso

Sutura por plástico



Assinatura do Cirurgião



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GOVERNO DE  
SERRA TALHADA

O FUTURO É AGORA

Ana Beatriz de Souza Melo

Louco Médico

Paciente vítima de acidente de moto dia 04/03/2018, chega entrada no Hospital.

Serra Talhada - PE - onde recebeu atendimento médico para redução cirúrgica de Fratura de Fíbula feita transfusão para o Hospital.

São visíveis ferimentos fechados com placa.  
e parafusos com hincado funcional.

Deformidades em colo direito - lesões no membro inferior direito, no membro superior direito sem lesão esquerda  
e deformidades no tornozelo direito.

Apresenta - quebra trânsito importante,  
com sequelas e morte. com descolamento  
é realizado acomodamento fisiológico  
concomitante..

Paciente como se apresenta o nome.  
Fimco de 180g com sequelas perdendo 75% para  
direito 60% para ombro e 45% para os  
rotulões do quadril.

quadro clínico descrito - 06/08/18

Altas - Definitivas

Dra. Carolina Alencar  
Médica  
CRM 24916

EXCELSIOR SEGUROS

07 AGO 2018

SEGURO DPVAT.