



Impresso é **desensível**. A vida útil dos dados cuidados: não é permanente.

Companhia Unipessoal Lda.
Av. João de Barros, 111, São Vicente, Rio de Janeiro - RJ
CNPJ 10.415.532/0001-38. Insc. Est. Rio de Janeiro 1.100.100-0

DADOS DO CLIENTE

ENTREGA DA UNIDADE CONSUMIDORA
ELA ROSENBERG - UTEC

DEPÓSITO DA UNIDADE CÔMERCIO

CENTRO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CPF: 945.234.444-04
CLASSIFICAÇÃO:
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Nível das Águas

卷之三

1421884961

POLIBIODO PLASTIFICAIR

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE ESCREVENTO DIA 20º FOLHA 7746					
Nº DO MOVIMENTO	TIPO DA MOVIMENTAÇÃO	ANTERIOR DATA DESCRIÇÃO	ATUAL DATA DESCRIÇÃO	DATA LATUMA	CONSTANTE	ABALTE	CONSUMO (KWH)
Movimento 14							
Ajuste 18	ts						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVAT
CONTEÚDO: NÃO VERIFICADO
21 SET 2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	COD. DE MARCA	DATA	EXERCÍCIO
1	308846483	***-***-***-*	2015

VALORES: R\$ 372,00

NOME: ANDRÉS SOUZA RIBEIRO

ENDEREÇO: Rua Barbosa da Silva

BAIRRO: Centro

CEP: 52011-040

MUNICÍPIO: Recife

UF: PE

PLACA: PE08593

DATA DE EMISSÃO: 04/09/2015

TIPO: PLACARANTE

ESPECIE: PEG

VEHICULO:

CG 125 FAN E9

CATEGORIA:

BÁRTIC

CÓD. UNICA:

IPVA 2015 QUITADO

VENC. COTA UNICA:

11/*****

PRÉMIO TARIIFÁRIO:

100,00

PRÉMIO TOTAL (RS):

100,00

DATA DE PAGAMENTO:

01/09/2015

OBRAÇÃO:

CONFIRMADO

DATA:

14/06/18

OBRAÇÃO:

CONFIRMADO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441084 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM RAMO PÚBICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Santa Cruz do Capibaribe -PE, 20 de dezembro de 2018.

0347540118

À LIDER / GENTE SEGURADORA S/A

ASSUNTO: ESCLARECIMENTO QUANTO A LAUDO

VÍTIMA: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO: 3180/441084

Prezado Senhor,

Venho perante V. S^a., solicitar que o meu processo seja REANALISADO, pois, por ocasião da reclamação do referido sinistro, encaminhei toda documentação solicitada pela LIDER, para recebimento do seguro DPVAT, no entanto, a seguradora fica pedindo Laudo novamente como se eu não tivesse enviado, mas através desta estou remetendo novamente os Laudos Médicos realizado por Ortopedista onde indicam as minhas SEQUELAS. Outrossim, informo ainda a VS^a., que o meu processo já foi submetido até a auditoria, onde um funcionário da Lider veio em minha casa e fez uma entrevista comigo, na ocasião também comprovou minha invalidez.

Diante do exposto, solicito que seja providenciado com a maior brevidade possível a REANÁLISE do meu processo e em seguida que seja liberada a indenização a que tenho Direito.

Segue anexo, CÓPIA DO LAUDO expedido pelo Ortopedista.

Fico no aguardo,

Ednalva Francisca Xavier
EDNALVA FRANCISCA XAVIER

- Vítima/beneficiária -



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441084 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM RAMO PÚBICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441084 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura ramo ísquo pélvico esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: Marcha claudicante, redução da flexo-extensão do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetida a tratamento conservador. Realizou fisioterapia da qual recebeu alta há 4 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em quadril esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441084 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura ramo ísquo pélvico esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: Marcha claudicante, redução da flexo-extensão do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetida a tratamento conservador. Realizou fisioterapia da qual recebeu alta há 4 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em quadril esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: EDNALVA FRANCISCA XAVIER
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.173.225 SDS-PE
ENDEREÇO: RUA Pe JOSE ARAGÃO ARAUJO, Nº 529 – DONA DOM - SANTA CRUZ DO CABIBARIBE - PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE), 03 DE MAIO DE 2018.

Ednalva Gore da Xavier

ASSINATURA DO OUTORGANTE



RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Av. Tito Sineiro Aragão, 174 - Centro - Santa Cruz do Cabibaribe - PE - Fone: 81 3731-9769 - CNPJ 29.080.191/0001-20

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (1)EDNALVA FRANCISCA XAVIER - Dou - fe. Santa Cruz do Cabibaribe, quinta-feira, 3 de maio de 2018 - 15:55h Em Testemunho da verdade, Juliana Honório de Souza Escrevente/total: 4.79 * Selo(s): 0159457.KN94201801.01491 *

* Consulte autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital/

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347540/18

Número do Sinistro: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

CPF: 049.314.864-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2018

Titular do CPF: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/12/2018

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 28/12/2018

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347540/18

Número do Sinistro: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

CPF: 049.314.864-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2018

Titular do CPF: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/11/2018

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 09/11/2018

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347540/18

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

CPF: 049.314.864-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2018

Titular do CPF: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

EDNALVA FRANCISCA XAVIER : 049.314.864-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/09/2018

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 21/09/2018

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Nº Sinistro: 3180441084

Vitima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180441084**.

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, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDNALVA FRANCISCA XAVIER**
Nº Sinistro: **3180441084**
Vitima: **EDNALVA FRANCISCA XAVIER**
Data do Acidente: **07/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180441084**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, 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.seguradoraslider.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, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDNALVA FRANCISCA XAVIER**

Sinistro: **3180441084**

Vítima: **EDNALVA FRANCISCA XAVIER**

Data do Acidente: **07/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180441084** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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



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

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDNALVA FRANCISCA XAVIER

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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
049.314.864-79

Nome completo da vítima

Edinalva FRANCISCA XAVIER

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Endereço Bairro Email	CPF titular da conta Número Cidade	Profissão Complemento CEP Telefone (DDD)
Edinalva FRANCISCA XAVIER Rua Pe. José ARAGÃO Alvim Dona Dom	049.314.864-79 629 02 - Cruz do Cap.	R.F.N.E. CBA 55190000 81 91613907

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

RECUSO INFORMAR

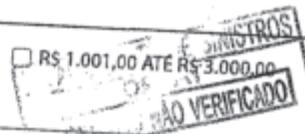
SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

21 SET 20 ¹⁸	NRO.
Gente Ser	D/V
AV	D/V

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

07-09-2018 de **Setembro** de **2018**
Local e Data

Edinalva Francisca Xavier
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 ASI

NÚMERO DO SISTEMA DE APLICAÇÃO
3180-20410804

CPF da Vítima

CPF da vítima
009.314.864-79

Name complete de John

Nome completo da vítima
CONCEIÇÃO FRANCISCA Xavier

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Conradus Francisca Viani		049.314.864-79	P-tnf.
Endereço		Número	Complemento
Rua Pe Jose Aronóz Arroyo		529	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Dona Dom	Or - Cruz do Cap	PG	55190000
Email	Telefone (DDD) 8191013907		

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\$ 1.000,01 A R\$ 3.000,00	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
<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	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)				
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				
AGÊNCIA NRO. 1758	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA NRO. 10817	D/V 5	Gesta Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE
(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.

07-Carco 26 de Setembro de 2018
Local e Data
João Pessoa - PB

Local e Data

X Edimburgo Franciscus xavierius

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG 29 de Dezembro
DATA: 27/09/2018 HORA: 14:17:34
TERMINAL: 47581005 CONTROLE: 475810050819

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE
CGC/AGÊNCIA : 4758 / 29 DE DEZEMBRO
CONTA : 013.00010681-4
NOME : FABIANA CLEMENTE DA SILVA

FAVORECIDO
CGC/AGÊNCIA : 4758 / 29 DE DEZEMBRO
CONTA : 013.00010817-5
NOME : EDNALVA FRANCISCA XAVIER

VALOR : **R\$100,00**

DATA DE EFETIVAÇÃO : 27/09/2018

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 OUT 2018
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE



474110

0347540/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
 DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 SET 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0218004280**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/09/2018** às **11:57**

Gente Seguradora:
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja
 Centro - Recife/PE CEP: 52010-000

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/4/2018** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, BR-104, NAS IMEDIAÇÕES DO MOTEL BLUS STONE, TAQUARITINGA DO NORTE** - Bairro: **CENTRO** - Santa Cruz do Capibaribe/Pernambuco/Brasil
 Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 MARCELO DUNDA DA SILVA (NOTICIANTE)
 VALCIONE BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
 EDNALVA FRANCISCA XAVIER (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(s) Sr(a) MARCELO DUNDA DA SILVA

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

EDNALVA FRANCISCA XAVIER (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO Pai: ANTONIO AMARO XAVIER Data de Nascimento: 17/7/1963 Naturalidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10173225/SDS/PE (RG) 04931486479 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 999337835

Motivo da Viagem: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA PADRE JOSE ARAGÃO ARAUJO, 529, DONA DON - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO
 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
 Endereço Comercial: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

MARCELO DUNDA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CABIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CABIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

VALCIONE BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CABIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CABIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALCIONE BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO DUNDA DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PE08593** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CABIBARIBE) Renavam: **308846443** Chassi: **9C2JC4120BR538963**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

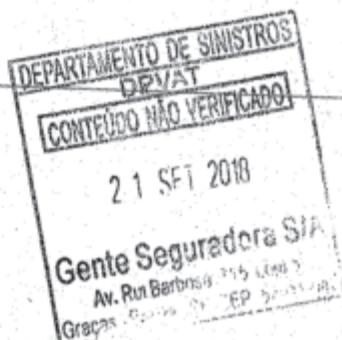
A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 07 DE ABRIL DE 2018, POR VOLTA DAS 17:30 HORAS, SE ENCONTRAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA DO SEU FILHO MARCELO DUNDA DA SILVA, QUE A PILOTAVA, COM DESTINO DA SUA RESIDENCIA, VINDO DO SITIO, SENDO QUE AO CHEGAREM NA RODOVIA FEDERAL BR-104, NAS IMEDIAÇÕES DO MOTEL BLUE STONE, UM VEICULO DE COR CINZA, TENTOU LIVRAR DE UM BURACO E ASSUSTOU O PILOTO DA MOTOCICLETA QUE CAIU DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM A VITIMA QUE FICOU COM DORES NA Perna, A QUAL FOI SOCORRIDA POR UM VEICULO PARA A SUA RESIDENCIA, ENQUANTO QUE O FILHO DA VITIMA MARCELO DUNDA DA SILVA LEVOU A MOTOCICLETA PARA A SUA RESIDENCIA, NO ENTANTO A VITIMA FOI ENCAMINHADA PARA A UPA DESTA CIDADE PORQUE ESTAVA COM MUITA DORES NO FEMO DA Perna ESQUERDA. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Edinalva Francisca Xavier
EDNALVA FRANCISCA XAVIER

(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



[Imprimir](#)

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 <i>Edinalva Francisca Xavier</i>	CPF da Vítima 049.314.864-79	Data do Acidente 08/04/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA DRVAT TELÉFONE (0800) 221204 IML NÃO VERNICADO PARA OS FINS DE REQUERIMENTO DE 21 SET 2018 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22011-040

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 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.

17º Prazo, 06 de Setembro de 2018
Local e Data
Cap. PE

Edinalva Francisca Xavier
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **EDNALVA FRANCISCA XAVIER** nascido em 17/07/1963 esteve nesta unidade hospitalar no dia 08/04/2018 por volta das **08h53min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 11 de JUNHO de 2018



ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
KATIA COR
Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h
MAT. 314591

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)****UPA JOSÉ VIEIRA FILHO**RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000**Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente**

Número do Atendimento: 0082962 08/04/2018 08:53:35

Paciente: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Sexo: F D. Nasc.: 17/07/1963

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: JOSEFA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO
Pai: ANTONIO AMARO XAVIER

Endereço: PADRE JOSE ARAGAO ARAUJO ,529

Bairro: DONA DOM

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0084225

SUS: 898002909280685

Idade: 55 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 160x90 mmHg

P脉: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*onda de muito frio e dor, rebote
dor intenso em MIE + dor costal E*

Exame Físico:

Nega = Síncope e Janib

Diagnóstico Provisório:

Risco x : Fratura da Pélvis em Pronto Socorro

Conduta:

- ① Voltar Pq. ^(am)
② Dípina. OIG >
Rx. MIE*



Liberação do Paciente: Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

** Encaminho ao Ortopedista
* Medicação PI casa*

CÓPIA AUTORIZADA

*Dr. Wagner Viana
08/04/2018
08 APR. 2018*

CLASSIFICAÇÃO E ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 09:00

Doenças preexistentes: Neg

Alergias: Neg

Uso de medicações: Neg

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso Fraco();
Pulso Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Irresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intestinal(); Lesão grave();
Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa();
OBS:

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Gasgow entre 13 e 16(); FC <50 ou >140(); PAS <90 ou >190mmhg();
PAD>130(); Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas últimas 24horas();
Mucosas ressecadas();
Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas(); Abuso Sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
história até 72h de: Hematêmese(); Enterorragia(); Epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/material biológico();
OBS:

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas(); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos();
Lombalgia intensa(); Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, quações(); Dor abdominal
sem alterações de SSW(10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg
sem sintomas(); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia();
OBS: *Acidente de moto com c/ trauma na órbita (dor ligeira).*

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal();
Corisa crônica ou recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h(); Curativos ou retirada
de pontos(); Vômitos ou diarréia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas();
Administração de medicamentos(); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes();
OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA() AMARELA() VERDE() AZUL()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

Karla Vanessa da R. Farias
Enfermeira
CREF 48504 - EMF

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000010817-5

Nr. da Autenticação 3AA704B551E280C2

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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 Adriana M. M. de P. Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 495.234.444,04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinalva Francisca Xavier inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.314.864,79, do sinistro de DPVAT cobertura TN5 da Vítima Edinalva Francisca Xavier, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.314.864,79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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>Rua Rosembero Alves Da Rocca</u>		Número	<u>03</u>	Complemento	<u>CAD</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>55192305</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>8191613901</u>		

07/09/2010 de Setembro de 2010
Local e Data

Adriana M. M. de P. Fernandes

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALCIONE BARBOSA DA SILVA

RG nº 3.758.11709, data de expedição 13/09/07
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de UT-CHUZ DO CAP., no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pe Jose Aragao Araya, 7-20m, nº 529,
complemento CAPA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lindvila Francisca Xavier, cujo o condutor era
Marcelo Dutra da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: P608593

Chassi: 9C2JC4120BR5 38963

Data do Acidente: 08-04-2018

Local e Data: UT-CHUZ DO CAP-PE 13-09-2018

Valcione Barbosa da Silva
Assinatura do Declarante

Marcelo Dutra da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Av. Tito Silvério Andrade, 174 Centro - Santa Cruz do Capibaribe-PE Fone: 81.3731.9709 - CNPJ 29.080.191/0001-20

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)VALCIONE BARBOSA DA SILVA Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, quinta-feira, 13 de setembro de 2018 - 14:26h Em Testemunho da verdade.Juliana Honório de Souza Escrevente Total: 4,79 * Selo(s): 0159467.RJ007201804.03939 -

* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital*



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: EDNALVA FCO XAVIER

- ENCAMINHO PACIENTE NO 1
ORTOPEDISMO

HD: TRATURA SUPERIOR DO PÚBIS

Data: ___ / ___ / ___

MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	OPRAF
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
21 SET 2018	
Gente Seguradora S/A	
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5	
Graciosa - Recife PE CEP: 52011-040	

Wesley Viana CRM 24460

8 ABR. 2018

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: ___ / ___ / ___

MÉDICO

MED-CLIN

CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO
SERVIÇO DE RADIOLOGIA DIGITAL

Av. Olímpio Bezerra de Arruda, 518 – Setor Agreste

Fone: (081) 3731-5893, CLARO (081) 9.9411-0199 E ZAP TIM (081) 9.9223-0338.

Santa Cruz do Capibaribe - PE

NOME DO PACIENTE: EDINALVA JOSEFA FRANCISCA CHAVES JONR. CRM/PE 01741

DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1966 **SEXO:** FEMININO

Exame(s) Realizado(s): BACIA em 26/06/2018 10:55:58

Solicitante: DR.CLEANTO PIO DE SALES CHAVES

LAUDO RADIOLÓGICO

BACIA:

Fratura do púbis esquerdo.

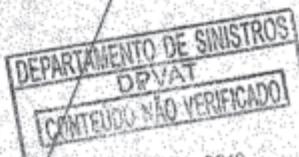
Não se identifica outra lesão ósteo-articular na bacia.

Dr Celso Henrique Pante - CRM/RS 8186
Leitor CFT
Médico Radiologista

*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO RADIOLISTA Dr. Celso Henrique Pante - CRM: 8186-RS.

LAUDO RADIOLOGICO CRIADO EM 26/06/2018 11:47:27 (HORARIO DE BRASILIA).

*Guarde e leve este laudo com você em exames futuros para avaliação do seu médico.



Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52010-000

034 7540/18

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidade permanente, não sendo Obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

EDMILVA FLAVIENCA XAVIPE

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

08/04/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:
08/04/18

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

VANIL MENEZES BULHARTE CRM 16.551

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

fratura radio pubico L6 / esternão
oufratura em friso de pubis

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

dor + fisioterapia. Realizado tratamento conservador
+ claudicação + edema. Desenvolvido uso de canula
MIE.

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?

[] SIM NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- [] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Rádio (friso pubico) : lesão coluna lombar L6-T11/ Fratura radio 50%
 2º MIE → claudicação + edema crônico, limitando 50%
 3º
 4º
 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 08/04/18 A 08/04/18
 QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Santos Cosmopolitan - PE

08/04/18

DATA

Dr. Vanil Menezes Guimarães
 Ortopedia / Traumatologia
 CREMEPE 16.551 / CRM-PB 6329
 IEOT 15.090
 ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

DEPARTAMENTO DE VITIMA
 LOCAL: CONFUSO DE JUÍZ
 DATA: 03/05/2018
 Seguradora: SIA
 Agente: 502.775 Log 6
 Data: 03/05/2018
 Nro.: 50211-0401

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidade permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

EBNARVA FERNANDEA XAVIER

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	08/04/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	08/04/18
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:	VATH MENEZES BULHANAES CRM 16.551		
LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE:	fratura na nuca púrica à esquerda e extirpo articular em fruteira púrica.		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Inabilitado tratamento conservador dor + fisioterapia. Evolução com dor crônica + sindicagão + edema MIE.		
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	DEPARTAMENTO DE SINCOPAT
CASO POSITIVO DESCREVER:	CONTEÚDO NÃO VERIF.		
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	28 DEZ 2019		
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.	Av. Rui Barbosa, 115 - Lote 5 Recife - PE		
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Braço (fruteira púrica), dor crônica com retorno pós-trauma, inabilidade 50%
 2º MIE → sindicagão + edema crônico, inabilidade 50%
 3º
 4º
 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 08/04/18 A 08/04/18
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Santa Cruz do Capibaribe - PE

08/04/18

LOCAL

DATA

 Dr. Vath Menezes Guimarães
 Ortopedia / Traumatologia
 CREMEPE 16.551 / CRM-PB 63/
 TEOT 15.090
 ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

MED-CLIN

CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO
SERVIÇO DE RADIOLÓGIA DIGITAL

Av. Olímpio Bezerra de Amuda, 518 – Bento Agostinho.

Fone: (081) 3731-5893, CLARO (081) 9.9411-0890 E ZAP TM (081) 9.8825-0135.
Santa Cruz do Capibaribe - PE

NOME DO PACIENTE: EDINALVA JOSEFA FRANCISCA CHAVIER ID: RX0147-18
DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1966 SEXO: FEMININO
Exame(s) Realizado(s): BACIA em 26/06/2018 10:55:58
Solicitante: DR.CLEANTO PIO DE SALES CHAVES

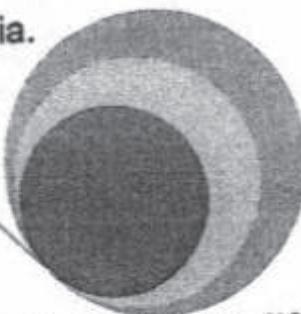
LAUDO RADIOLÓGICO

BACIA:

Fratura do púbis esquerdo.

Não se identifica outra lesão ósteo-articular na bacia.

Dr Celso Henrique Pante - CRMPE 8186
Letor ORT
Médico Radiologista



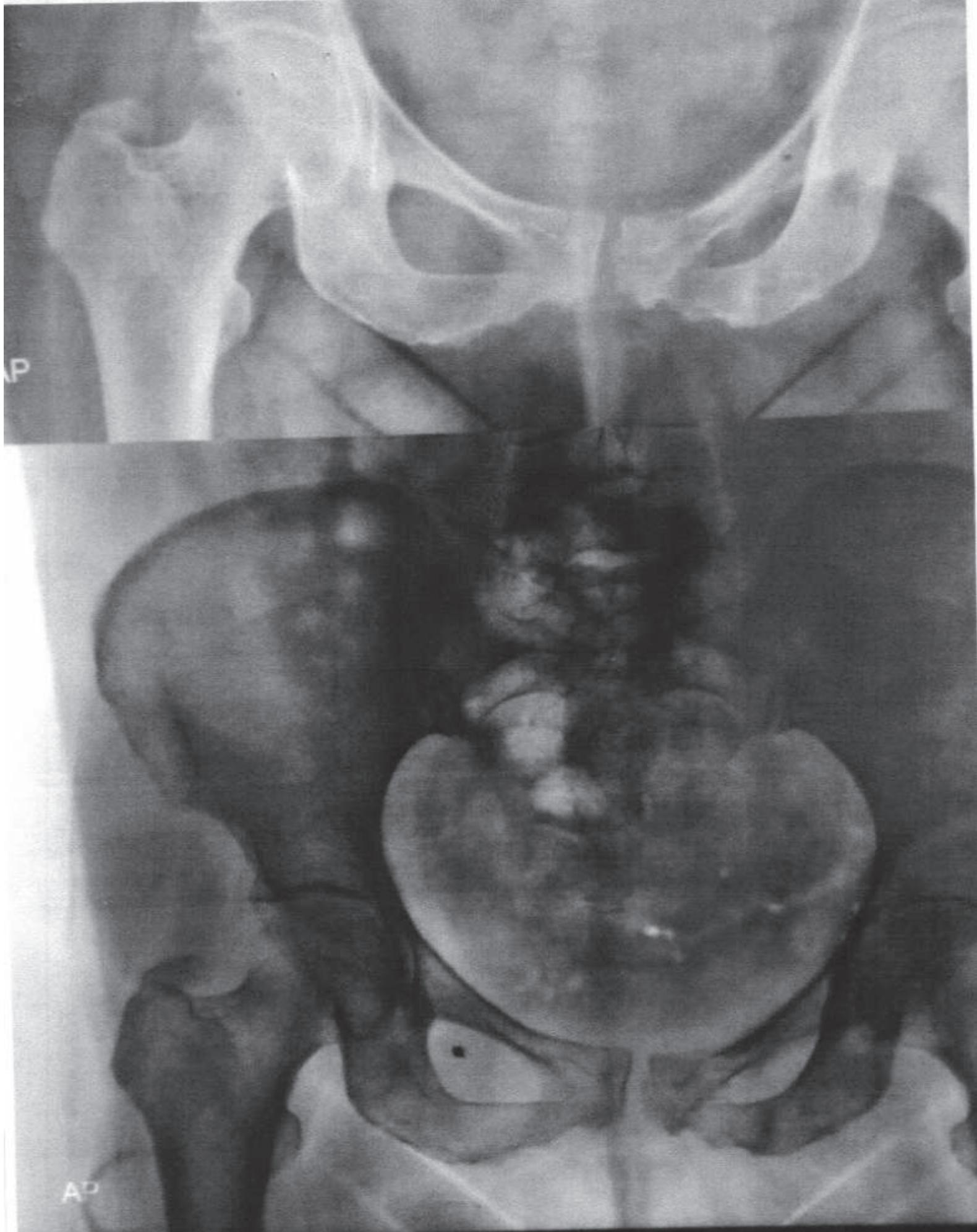
*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO RADIOLÓGISTA Dr. Celso Henrique Pante - CRM: 8186-RS.

LAUDO RADIOLÓGICO CRIADO EM 26/06/2018 11:47:27 (HORARIO DE BRASILIA).

*Guarde e leve este laudo com você em exames futuros para avaliação do seu médico.



Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 5



AP

MEDCLIN Centro Medico Especializado

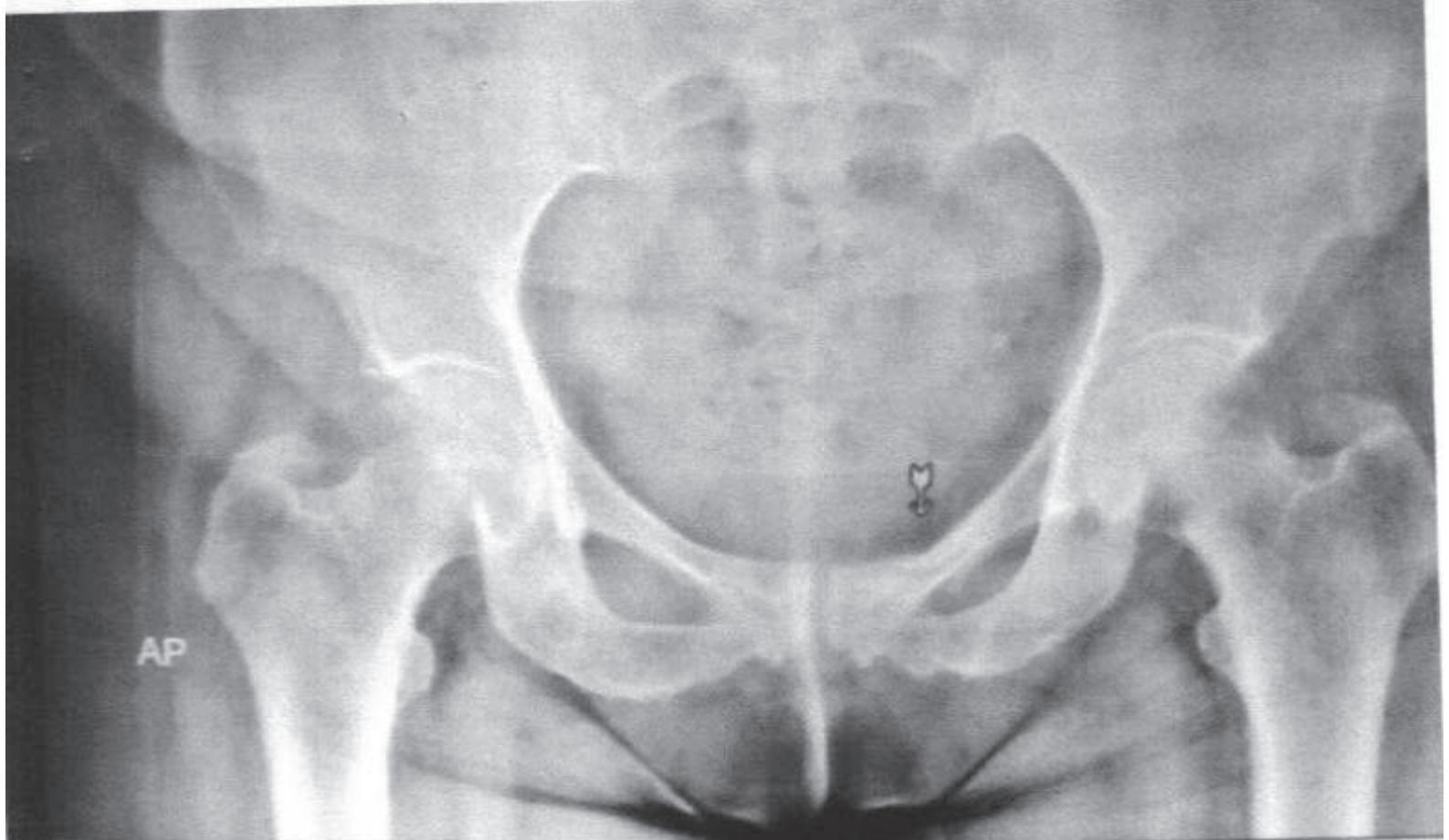
Edinalva Josefa Francisca Chavier

17/5/2018

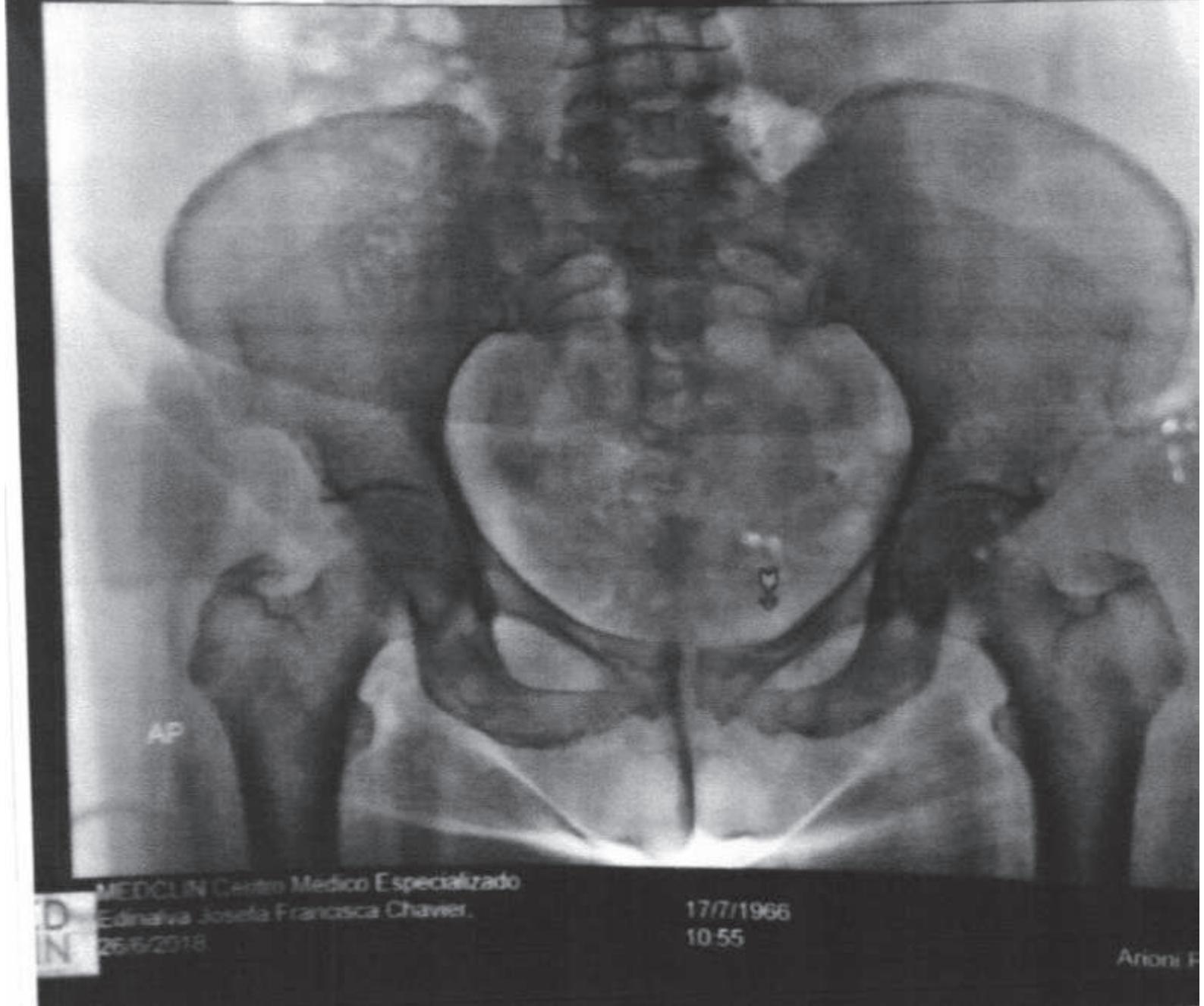
17/7/1966

9 41

ED
LIN



AP



AP

MEDCLIN Centro Medico Especializado
Edinalva Josefa Francesca Chavier.
26/6/2016.

17/7/1966
10:55

Arionis F.

210mm 140g
177/1960
G-41

MEDCIN Centro Medico Especializado
Edmilia Josefa Francisco Chavarrí

MED

