

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitá-las maiores desgraças.

Todo o incidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "intendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento da sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã sórte tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



CONTINUAÇÃO



Número 26538 Série 00058

Enrica de Menezes Silveira

ASSINATURA DO PORTADOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2011

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º e
Recife - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Erica de Menezes Silva
Loc. Nasc. Paraná Est. PR Data 02/09/1983
Filiação Luiz Severino da Silva e Joseleide
Castanho de Menezes
Doc. Nº R.G. 36.415.0152-X SS8/SP

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 23/07/2012 SRTE AG. DO TRABALHO

Edvanilson Rodrigues de Souza

Assinatura do Funcionário
Edvanilson Rodrigues de Souza

Mat: 1704-3

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Nome.....

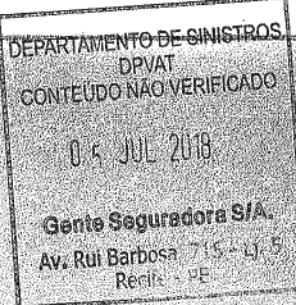
Est. Civil

Doc.....

Nascimento

Doc.....

Doc.....



02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**

ASL-00600060/18
Marta.Santos
05/07/2018 15:10:56



ASL-00600060/18
Marta.Santos
05/07/2018 15:10:56

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Data Nascimento: 02/09/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 27/01/2003

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 13:24:21 do dia 02/12/2017 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: 964E.A34D.FE56.C93A



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Data Nascimento: 02/09/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 27/01/2003

Dígito Verificador: 00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETTRAN - PE		Nº 013100251798
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	CÓD. RENAVAM	ENTRADA
1	1061504744	2015-07-01
NOME:		
MARIA JOSE BATISTA		
ENDERECO:		
ALTINHO - PE		
CPF/CNPJ:		PLACA:
099167034404		PE-0153-000000000000
PLACA ANT./UF:		CHASSI:
PE		93512540000000000000
ESPECIE/TYPE:		COMBUSTIVEL:
PÁS / MOTOCICLETA		ALCOOL/GASOLINA
MARCA / MODELO:		ANO FAB./ANO MÓD.
YAMAHA XMAX 150		2015/2015
CAP / POT / CIL:		CATEGORIA:
2 P / 149 CC		PART 1
COTA ÚNICA:		VENCI. COTA UNICA:
I	IPVA 2015	QUITADO
P		
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS:
A		2
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)
SEGURADO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO:
TOTAL (R\$)		
OBSERVAÇÕES:		
AL. FIDU BANCO YAMAHA MOTOR DOCINA FIDU BANCO DPVAT		
NOTA: NÃO HOUVE INSERÇÃO		
AL. FIDU BANCO		
DATA:		
05/07/2018		
LICENCIAMENTO:		
DATA:		
05/07/2018		
ESTADO:		
PE		
MUNICIPIO:		
RECIFE		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIÀ TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013100251798 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[WWW.SEGURODPVATI.COM.BR](http://www.segurodpvati.com.br)
SAC DPVAT 0800 0221204

EXERCÍCIO:
2015

DATA EMISSÃO:
05/07/2015

PLACA:
PE-0153-000000000000

RENAVAM:
106150474404

MARCA/MODELO:
YAMAHA XMAX 150 - CHASSI:

NO CHASSI:
PE-0153-157

PREMIO TARIFARIO:

SEGURADO (R\$) : 100,00
DENTRAN (R\$) : 100,00
CUSTO DO SEGURO (R\$): 100,00

VALOR COBRADO (R\$): 300,00
IOF (R\$): 0,00
TOTAL SEGURO (R\$): 300,00

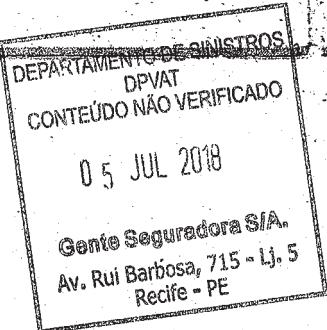
DATA DE PAGAMENTO:
05/07/2018

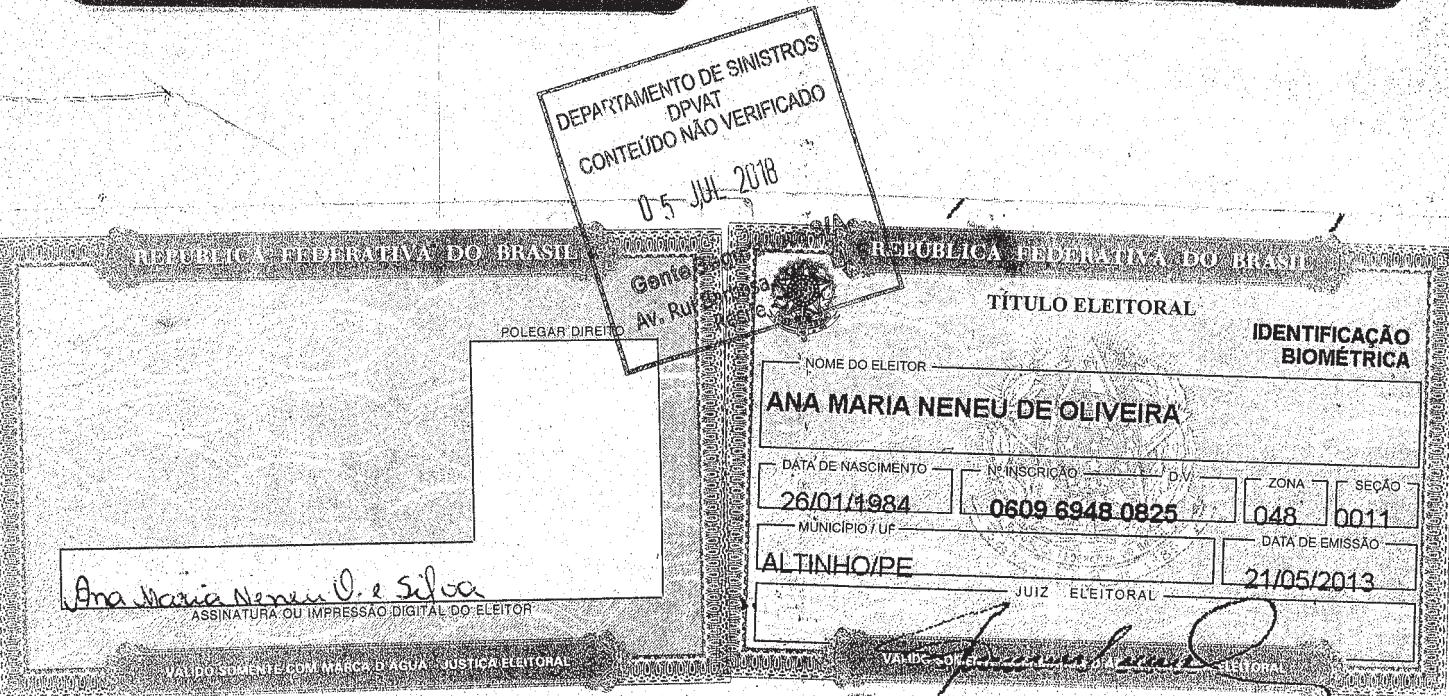
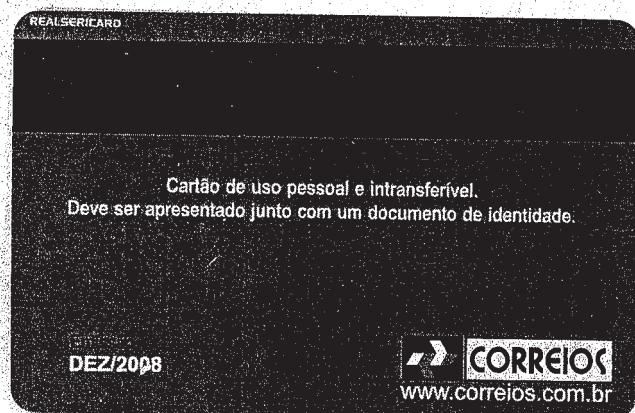
DATA DE QUITAÇÃO:
05/07/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

ENP00251798000104

05/07/2018





MS-DATASUS
VERSÃO: 15.10

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA
ESPELHO DA AIH

PAG.
DATA: 17/07/2018

O.E.: M260190001	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 07/2018	Data Autorização: 26/05/2018
Num AIH: 261810541291-2	Situação: EXPORTADA	Tipo: 01-INICIAL	Apresentação: 07/2018
Especialidade: 01 - CIRURGICO	Órgão Emissor: M260190001	CRC: 007D8D3CEBD	
Doc autorizador: 980018003872395	Doc med.map.: 204322839720003	Doc dirigitor clínico: 204322839720003	Doc médico notíc.: 100312853070003
CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA			CMS: 70000473382910-7
Paciente: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA			Prioritário: 112601
Data Nasc.: 26/01/1964	Sexo: FEMININO	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Nome da Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL
Responsável pac.: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA		Raca/Cor: 01-BRANCA	Nome da Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL
Endereço: RUA PRAÇA JULIO RODRIGUES FILHO 42 Bairro: CENTRO		Etnia: 0000-NAO SE APLICA	
Município: 260000 - ALTINHO	UF: PE	CEP: 55490-000	Telefone: (81)9955-91614
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS			Média Proc.: N/A
Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS			
Diag. principal: S823-FRACTURA DA DIAFISE DA TIBIA			
Complementar:			
Categoria atendimento: 01 - ELETIVO			
Data Internação: 26/05/2018	Data saída: 30/05/2018	Nota saída: 12 - ALTA MELHORADO	
Liberatório SISAIH01: Idade: Maior		AII Até: 100	AII Pós: 100
- Causas Externas (Acidente ou Violência):			
CNPJ do Empregador:		CHAER:	
Vínculo Previdência:		CBOR:	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Ano/pt Valor / pt	Qtd	Cmpt	Descrição
1	0408050508	980018003798056	225270(1)		2344254	1	05/2018	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA LESÃO
2	0408050608	204322571060018	225151(6)		2344254	1	05/2018	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA LESÃO
3	0702031003			41249434000107	2344254	1	05/2018	PLACA EM T 4.5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0408060190	980018003798055	225270(1)		2344254	1	05/2018	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
5	0408060190	204322571060018	225151(6)		2344254	1	05/2018	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
6	0415040035	980018003798056	225270(1)		2344254	1	05/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
7	0415040035	204322571060018	225151(6)		2344254	1	05/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
8	0802010016				2344254	2	05/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM

DADOS DE OPA

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Validade	Res. ANvisa	CNPJ Fornecedor
3	064773	41.249.434/0001-07				

CID SECUNDARIO

Cid	Característica	Descrição
Y39	PREEXISTENTE	OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascedos

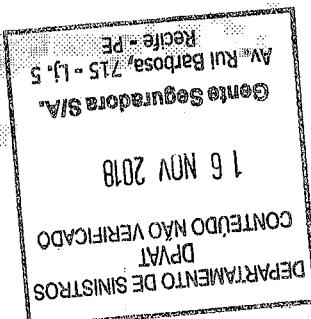
Número de Nascedos	Número de Saldos	Nº Pts-Nºpts
Vivos:	Altas:	
Mortos:	Transf.:	
	Obitos:	

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União - Poder Executivo, Brasília, DF, 24/08/1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente".

ASSINATURA E CÂNDIDA
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Fernando Henrique da Silva
Médico
CRM: 637
CPF: 31.400.74.68

Conferido Com Documento:
Original Bezerros: 300H/2
Hospital Jesus Menino
AM
Assistente Social
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS/PE 4.471





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Name: Araújo mº nener de O. Segundo

Declaro para os devidos fins, que esta paciente calça, fisioterapia neste serviço para reabilitação de tornozel D. A: mesma apresenta boa evolução, com diminuição de quadros álgicos; e aumento de ADM e força. Paciente desembarcando sem auxílio de molletas.

Atenciosamente,

08/11/2018
Data



Baptista Souza
Médico

Paciente:

DESTINATÁRIO	DATA	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM

1-1
Data

Assinatura do Médico



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DO ALTIMO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA N° 68

1 – Identificação do Paciente:

Data: 22/05/2018

Hora: 16:32

Nome: Ciro Maria Neney de Oliveira Profissão: _____

Profissão

Nº do Cartão do SUS: _____ Sexo: F () M () Fone: _____

Sexo: F() M() Fone:

Endereço: R: Manoel Otávio nº 98 Bairro: centro Cidade:

Data de Nascimento: 26/01/1983 Idade: 34 Naturalidade: _____

Nome da Mãe: Jedite Neneca de Sá Lacerda Escolaridade: PESO:

SSVV	Admissão	1º Horário	2º Horário	3º Horário
Temperatura				
HGT				
Pulso				
Pressão Arterial	110x80			

1 - Histórico do paciente:

1 - Histórico do paciente:

Queda de motoqueiro de 06-08-08.
Nesse dia. Foi diagnosticado estabilizado
(fome edur em MI)

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

2- Hipótese Diagnóstica:

3 – Prescrição Médica:

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

4 - Conduta de Enfermagem:

Dr. Allan Queiroz
MEDICO
CRM/SP 10412

Hora da liberação _____:

Gretchen Silva
RECEPCIONISTA

Assinatura, carimbo e CRM do Médico

OBS: Todos os dados deverão ser preenchidos com letra legível, apresentando assinatura e carimbo do profissional.



PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTINHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DO ALTINHO

**FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE
PACIENTES**

Nome:

Data de nascimento:

País ou responsáveis:

Endereço:

Cidade:

sexos

idade:

telefone

hora do atendimento : h

DESTINO DO PACIENTE:

HRA - ortopédic

SENHA:

5432237

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE:

Acidente de motocicleta na unha.
Neve TCE. Cervical e descanso
Causas de RX no SMC.

EXAME FÍSICO:

DROGAS ADMINISTRADAS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - J. 5
Recife - PE

EXAMES COMPLEMENTARES:

HD:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

DATA / /

Dr. Allan Queiroz
CRM/PE 10412

ASSINATURA, CARIMBO E CRM DO MÉDICO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José Batista,

RG nº 895.765, data de expedição 14/11/1986
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 099.670.874-04, com
domicílio na cidade de Altinho, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Manuel Borba n°-Centro., nº 91,
complemento Casa. declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ana Maria Neneca Almeida o condutor era

Veículo: Motocicleta

Modelo: Gamatta XTZ 150 cross ER.

Ano: 2015

Placa: PD 05399

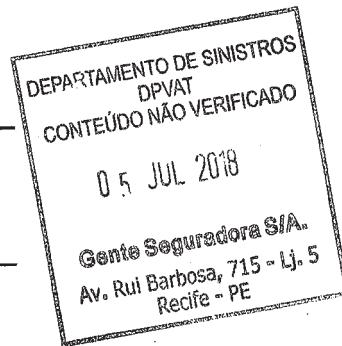
Chassi: 9C6DG254DF0029137

Data do Acidente: 22/05/2018

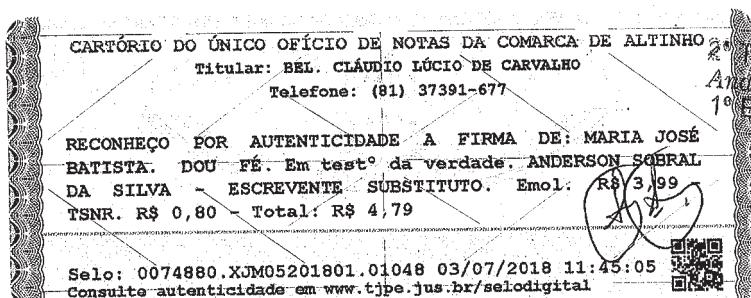
Local e Data:

Maria José Batista

Assinatura do Declarante



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



COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810156
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvídos: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligações Gráteis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligações Gráteis de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
INGLIDA MENEZES SILVA LEMOS

DATA DE VENCIMENTO
28/02/2018

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
21/02/2018
DATA DA APRESENTAÇÃO
21/02/2018
NÚMERO DA NOTA FISCAL
006548465

CONTA CONTRATO
7026635572

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDERECO
RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO
194 -CENTRO/GRAVATA -55640-000
GRAVATA PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 85,18

PERÍODO CONSUMO
23/01/2018 a 21/02/2018

CONSUMO
119

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,89

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7026635572	02/2018	R\$ 85,18	28/02/2018	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838600000000 851800110078 026635572102 112979189136



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Enrica de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Maria Nemer de Oliveira e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.439.509 / 06, do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima Ana Maria Nemer de Oliveira e Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.439.509 / 06, 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 Centro Seguradora S/A, Rua Antônio de Freitas Sá, 715 - Lt. 5, Gravataí - RJ, 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.

Enderço <u>Rua Antônio de Freitas Sá, 715</u>	Número <u>715</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Gravataí</u>	Estado <u>RJ</u>
Email <u>enricamenezes@outlook.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99360-5567</u>

Gravataí, 04 de julho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Enrica de Menezes Silva

L=22



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA**


1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 415694

Prontuário: 318936

Nome: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data Nasc.: 26/01/1984 Idade: 34

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:700004733929107

Nº: 98

Endereço: RUA MANOEL OMENA

Bairro: CENTRO

Cidade: ALTINHO

Estado: PE

CEP: 55490000 Fone: 97621139

Nome da Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL

Profissão: AUTONOMO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 22/05/2018 12:19

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Pacut vira de trup confundido
me pre D; no dia de 04h.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Dtr e encopresia fecal no
MTD. Pelle intacta. Sem exsudado

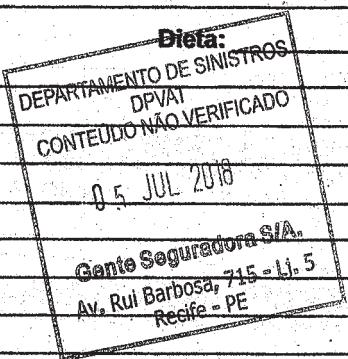
Diag. Provisório:

Furto dos-ora da pind D
exsudata. Futeo parafita abr
golfo no-operado

Prescrição:

Data

Horário



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Maria Nenê de Oliveira Sá

CPF da Vítima

066.439.504-06

Data do Acidente

22-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

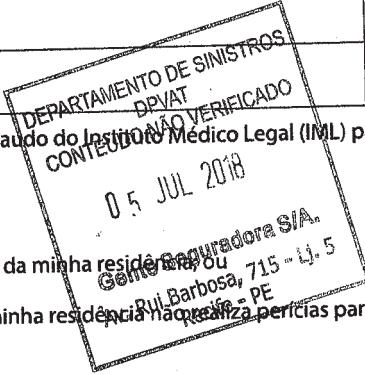
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Branca, 04 de julho de 2018

Local e Data

✓ Ana Maria Nenê de Oliveira Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



0245324418
455294

018031045

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0185000466

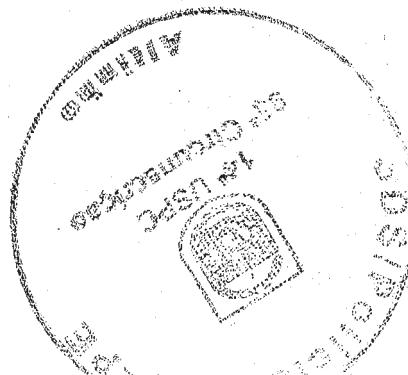
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/07/2018 às 11:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/05/2018 às 16:32

Fato ocorrido no endereço: CHÁCARA DE R.O, SÍTIO PONTES, ZONA RURAL, ANTES DE ROSALVO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE ALTINHO, 01 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Local do Fato: OUTRO LOCAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSÉ BATISTA (OUTRO)
MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA (TESTEMUNHA)
ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL
Pai: MANOEL ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO Data de Nascimento: 26/1/1984 Naturalidade: IBIRAJUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7536928/SDS/PE (RG), 06643950406 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2º GRAU
COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares:
- 081995591614

Endereço Residencial: RUA SIQUEIRÀ CAMPOS, 90 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, DELEGACIA

MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA SEVERINA DA SILVA
Pai: JOSÉ HERON DA SILVA Data de Nascimento: 22/10/1988 Naturalidade: ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DOUTOR RABELO, 121 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, AÇUGUE

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

MARIA JOSÉ BATISTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ALTINHO, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ BATISTA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANA MARIA

NOME: NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ Objeto apreendido: Não

Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: PDO5399 (PERNAMBUCO/ALTINHO) Chassi: 9C6DG2510F0029137

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: MODELO XTZ 150 CROSSER

Complemento / Observação

A SRA. ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA INFORMA QUE NO DIA 22/05/2018, POR VOLTA DAS 16:32 HORAS DEU ENTRADA NA UNIDADE MISTA DE ALTINHO VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO SÍTIO PONTES, ZONA RURAL, QUANDO CONDUZIA A MOTO DE PLACA PDO5399, E AO TENTAR PASSAR POR CIMA DE UM BANCO DE AREIA ACABOU CAINDO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU LOCAL E APÓS FAZER EXAME DE RAIO X NO HOSPITAL LOCAL, FOI ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL REGIONAL EM CARUARU-PE, ONDE DEU ENTRADA ÀS 18:19 HORAS COM O DIAGNÓSTICO DE UMA FRATURA NA TÍBIA DA Perna DIREITA. A VÍTIMA INFORMA QUE APÓS FAZER OUTRO RAIO X, PERMANECEU INTERNADA NO REFERIDO HOSPITAL DURANTE 10 DIAS, AGUARDANDO A CIRURGIA, E ACABOU SENDO TRANSFERIDA AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, ONDE APÓS UM DIA DE ESPERA FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NA TÍBIA DA Perna DIREITA, SENDO LIBERADA 24 HORAS APÓS O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SEGUEM DOCUMENTOS EM ANEXO.

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

Ana maria neneu de Oliveira e Silva

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

(VITIMA)

Maria Aparecida da Silva Barbosa

MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA

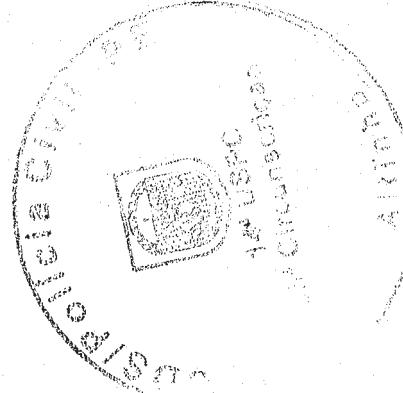
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: CARLOS FLAVIANO DE MELO - Matrícula: 208575-5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



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

0245327/18

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 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

066.439.504-06

Nome completo da vítima

Anna Maria Nemeu de Oliveira Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ana Maria Nemeu de Oliveira e Silva

CPF titular da conta

066.439.504-06

Profissão

Recusa

Endereço

Rua Siqueira Campos

Número

90-

Complemento

Casa

Bairro

Centro

Cidade

Altinho

Estado

PE

CEP

55

Email

Telefone (DDD)

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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3056

03

012.056

2

(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.

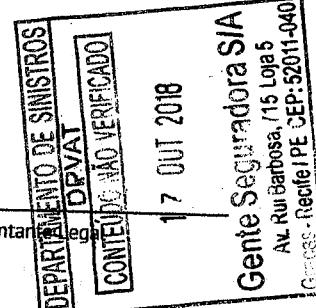
Recife, 08 de Outubro de 2018

Local e Data

Anna Maria Nemeu de Oliveira e Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Nº Sinistro: **3180310175**

Vítima: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Data do Acidente: **22/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180310175**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Nº Sinistro: **3180310175**

Vitima: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Data do Acidente: **22/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180310175**, 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, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

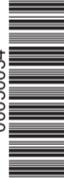
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Nº Sinistro: **3180310175**

Vitima: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Data do Acidente: **22/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180310175**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

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, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Nº Sinistro: 3180310175

Vitima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180310175.**

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.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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA 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 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: 16/11/2018
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
CPF: 057.822.294-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ERICA DE MENEZES SILVA

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA 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 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: 22/11/2018
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
CPF: 057.822.294-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ERICA DE MENEZES SILVA

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA : 066.439.504-06

Autorização de pagamento

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

Data da entrega: 17/10/2018
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
CPF: 057.822.294-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ERICA DE MENEZES SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 **Cidade:** Altinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECEM A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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 PARTICULAR

PROCURADOR

Nome: Erica de Menezes Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Analista de Seguros.
Identidade: 36.415.052-X CPF: 057.022.294-97
Endereço: Rua Antônio de Britto Salmador 194 Gravataí - PE

BENEFICIARIO VITIMA

Nome: Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira.
Profissão: Autônoma.
Identidade: 7.536.928.SDS-PE CPF: 066.439.504-06
Endereço: Rua Siqueira Campos n:90 Altinho - PE.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva

03.07.2018

Local e data

Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS DA COMARCA DE ALTIMO

Titular: BEL. CLÁUDIO LÚCIO DE CARVALHO
Telefone: (81) 37391-677

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANA MARIA
NENEU DE OLIVEIRA E SILVA. DOU FÉ. Em testemunha da
verdade. ANDERSON SOBRAL DA SILVA. - ESCREVENTE
SUBSTITUTO. Emol. R\$ 3,99 - TSNR. R\$ 0,60 - Total: R\$ 4,79

Selo: 0074880.MDT05201801.01049 03/07/2018 11:45:05
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

2º BELIAO DE NOTAS
Anderson Sobral da Silva
1º Escrevente Substituto
Altinho - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 7
Altinho - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 **Cidade:** Altinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 **Cidade:** Altinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECEM A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3180310175 **Cidade:** Altinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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