

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 evitar maiores desgraças.

Todo o acidente 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 "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será 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. Converse e discuta no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e refleta 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.

Para 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

Carica de Meneses Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.º
Recife - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Erica de Menezes Silva
 Loc. Nasc. Caruaru Est. PE Data 02/09/1983
 Filiação Rui Severino da Silva e Joseleide
Castano J. de Menezes
 Doc. Nº R.G. 36.415.0052-X 558/5P

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº

Exp. em/...../..... Estado

Obs.:

Data Emissão 23/07/2012 SRTE A.G. DO TRABALHO

Edvanilson Rodrigues de Sousa

Assinatura do Funcionário
Edvanilson Rodrigues de Sousa

Mat: 1704.3

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

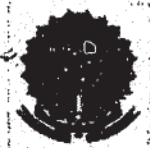
05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa 715 - 4.º.º
 Recife - PE

02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



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

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

DETRAN - PE Nº 013100251198
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1061594744 RNIRC 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
MARIA JOSE BATISTA

ALTINHO - PE

CPE/CNPJ 099.670.874-04

PLACA EDC5393

PLACA ANT./UF *****/PE

CHASSI 9C5B62530B0023137

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO YAMAHA RT150 CROSSER

ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP/POT/CIL 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

DIR. PREDOMINANTE E-AMCHA

COTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA 1ª

FAIXA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS *****

VENC. COTA ÚNICA 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

AL FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ALTINHO

DATA 09/02/17

Carla Anderson Sousa Ribeiro
Diretora Presidente de DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013100251198 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ALTINHO - PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 09/02/17

CPE/CNPJ 099.670.874-04

PLACA EDC5393

RENAVAM 1061594744

MARCA/MODELO YAMAHA RT150 CROSSER

ANO FAB. 2015

ANO MOD. 2015

CHASSI 9C5B62530B0023137

PRÊMIO TARIFÁRIO

CNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SERVIÇOS DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04



DEPARTAMENTO DE CINTOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-17

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIRIL

POLEGAR DIREITO

Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.536.928

DATA DE EMISSÃO 19/12/2008

<< ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA >>

<< MANOEL ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO >>

<< JUDITE NENEU DE SOBRAL >>

IBIRAJUBA - PE

DATA DE NASCIMENTO 26/01/1984

CC. 928 L83 F. 212 CART. 10

ALTINHO-PE 01.10.2002 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

LEITIZER CORREIA SALES F-32 EX-401

REALSERICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

DEZ/2008

CORREIOS

www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

066.439.504-06

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

26/01/1984

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO 26/01/1984

Nº INSCRIÇÃO 0609 6948 0825

MÚNICÍPIO / UF ALTINHO/PE

ZONA 048

SEÇÃO 0011

DATA DE EMISSÃO 21/05/2013

JUIZ ELEITORAL

MS-DATASUS
VERSÃO 15.10

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

O.E. M260190001

ESFERA PRIVADO

APRESENTAÇÃO 07 / 2018

PAG. 1
DATA 17/07/2018

Num AIH : 261810541291-2 Situação : EXPORTADA Tipo : 01-INICIAL Apresentação : 07/2018 Data Autorização : 26 / 05 / 2018

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M260190001 CRC : 0570803EBD
Doc autorizador : 980018003872395 Doc med resp : 204322839720003 Doc diretor clínico : 204322839720003 Doc médico solic : 100512953070003
CNES : 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA CNS : 70000473392910-7
Paciente : ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA Prontuário : 119001
Data Nasc : 28 / 01 / 1984 Sexo : FEMININO Nacionalidade : 010 - BRASILEIRO Tipo Doc : Identidade Doc : 7538828
Responsável pac : ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA Nome da Mãe : JUDITE NENEU DE SOBRAL
Endereço : RUA PRACA JULIO RODRIGUES FILHO 42 Bairro: CENTRO Raza/Cor : 01-BRANCA Etna : 0000-NAO SE APLICA
Município : 280080 - ALTINHO UF : PE CEP : 55490-000 Telefone : (81) 9955-91814 Muda Proc. ? : N
Procedimento solicitado : 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Procedimento principal : 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Diag. principal : S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA Diag. secundário :
Complementar : Causa Óbito :
Caráter atendimento : 01 - ELETIVO Modalidade : HOSPITALAR
Data internação : 26 / 05 / 2018 Data saída : 30 / 05 / 2018 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01 : Idade Maior AIH Anterior : AIH Posterior :
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador : CNAER :
Vínculo Previdência : CBOR :

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Assurar Valor q/ Qtda	Cmol	Descrição
1	0408050608	980018003798055	225270(1)	2344254	2344254	1	05/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
2	0408050608	204322571060018	225151(6)	2344254	2344254	1	05/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
3	0702031003			41249434000107	2344254	1	05/2018 PLACA EM T 4.5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0408060190	980018003798055	225270(1)	2344254	2344254	1	05/2018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
5	0408060190	204322571060018	225151(9)	2344254	2344254	1	05/2018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
6	0415040035	980018003798055	225270(1)	2344254	2344254	1	05/2018 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
7	0415040035	204322571060018	225151(6)	2344254	2344254	1	05/2018 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
8	0802010016			2344254	2344254	2	05/2018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM

DADOS DE OFM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Data	Res. AMVISA	CNPJ Fabricante
3	064773	41249434000107				

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V339	PREEXISTENTE	OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos	Número de Saídas	Nº Pré-Natal
Vivos : Mortos :	Altas : Transf. : Óbitos :	

*De acordo com a Portaria SAS/MS nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção 1, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Ramon de Jesus Magalhães
Médico
CRM 3373
CPF 31.400.74-68

Conferido Com Documento
Original Bazaros 30 PHLQ
Hospital Jesus Pequeno

And Amorim
Assistente Social
CRESP/PE 4.471

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
16 NOV 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RECEITUÁRIO

Nome: Ana M^a Nunes de O. Silva

Declaro para os devidos fins, que esta paciente realiza fisioterapia neste serviço para reabilitação de tornozelo D. A mesma apresenta boa evolução, com diminuição do quadro clínico e aumento de ADM e força. Paciente caminhando sem auxílio de muletas.
Atenciosamente,

08/11/2018
Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 NOV 2018
Gente Seguradora S/A.
Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

[Assinatura]
Médico

Paciente:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM

1 - 1
Data

Assinatura do Médico

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DO ALTINHO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA Nº 68

1 - Identificação do Paciente: Data: 22/05/2018 Hora: 16:32

Nome: Ana Maria Nemeu de Oliveira Profissão: _____

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

Endereço: R. Manoel Omena nº 98 Bairro: Centro Cidade: _____

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

Nome da Mãe: Judite Nemeu de Sobral Escolaridade: _____ PESO: _____

SSVV	Admissão	1º Horário	2º Horário	3º Horário
Temperatura				
HGT				
Pulso				
Pressão Arterial	<u>120x80</u>			

1 - Histórico do paciente:

*Queda de um balcão de 2m - 1h.
Nesse TC. Hemodinamicamente estável
Edema edar em MI I*

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

2 - Hipótese Diagnóstica:

3 - Prescrição Médica:

*Manoel 100g + 550, 10/1000 65.
A URA, alig
Enfer. HRA - 5432237*

4 - Conduta de Enfermagem:

Hora da liberação: _____

Gretchen Silva
RECEPCIONISTA

Dr. Allan Queiroz
MÉDICO
CRM 178 10412

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: Angela Nereu de Oliveira sexo
Data de nascimento: idade: 21 anos
Pais ou responsáveis:
Endereço:
Cidade: telefone hora do atendimento : h

DESTINO DO PACIENTE: HRA - ortopedia SENHA: 5432237

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA
ANAMNESE: Acidente de trânsito no trânsito
Neg. TBC. Causador e absorção
RTO Causador de RT no SNUX
EXAME FÍSICO:
DROGAS ADMINISTRADAS:
EXAMES COMPLEMENTARES:
HD:
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
DATA / /

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

Dr. Allan Queiroz
MÉDICO
CRM / PB 10412

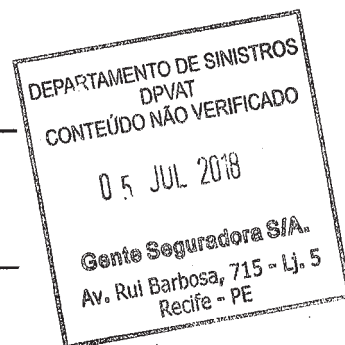
ASSINATURA, CARIMBO E CRM DO MÉDICO

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. Manoel Borba N. Centro., nº 91,
complemento casa., declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ana Maria Nemeu de Oliveira o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: Yamaha XTZ 150 CROSSER.
Ano: 2015
Placa: PD0 5399
Chassi: 9C60G2540F0029137
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)

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS DA COMARCA DE ALTINHO
Titular: BEL. CLÁUDIO LÚCIO DE CARVALHO
Telefone: (81) 37391-677

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARIA JOSÉ BATISTA. DOU FÉ. Em testº da verdade. ANDERSON SOBRAL DA SILVA - ESCRIVENTE SUBSTITUTO. Emol: R\$ 3,99 TSNR. R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79

Selo: 0074880.XJM05201801.01048 03/07/2018 11:45:05
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

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

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1352640881

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO 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 0810196
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
 do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
 Ligação Gratuita 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	CONTA CONTRATO 7026635572
ENDEREÇO RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 194 - CENTRO/GRAVATA -55640-000 GRAVATA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/02/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
NÚMERO DA NOTA FISCAL 006548465			

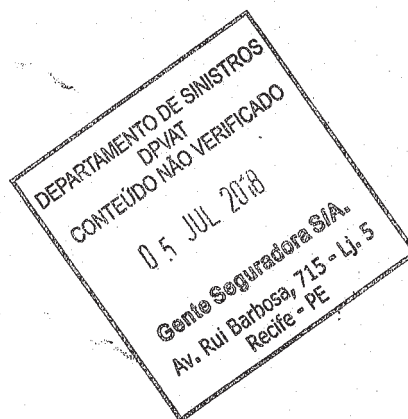
PERÍODO CONSUMO 23/01/2018 a 21/02/2018	CONSUMO 119
---------------------------------------------------	-----------------------

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 7026635572	MÊS/ANO 02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	VENCIMENTO 28/02/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838600000000 851800110078 026635572102 112979189136				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Erica de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Maria Henriques de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.439.509 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Ana Maria Henriques de Oliveira 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 junto ao Segurador 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 Antonio de Freitas Salbento</u>		Número <u>194</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Granata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email <u>ericamenezes@bratmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>—</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99360-5567</u>

Granata 04 de Julho de 2018
Local e Data

Erica de Menezes Silva
Assinatura do Declarante



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
ABÍLIO GUILHERMINO DE SOBRALENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SIQUEIRA CAMPOS 90

CPF: 680.736.314-15

CENTRO/ALTINHO
ALTINHO PE
55490-000CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

018974989	UNICA	05/06/2018
06/06/2018	2001300108	153884

2600204010	06/2018
12/06/2018	04/07/2018
358,58	

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	418,000000	0,73927710	308,75
Acréscimo Bandeira AMARELA			5,00
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,83
Contribuição Iluminação Pública			28,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 011352050-03/04/18			1,89
Multa por atraso-NF 011352050-03/04/18			3,87
Juros por atraso-NF 011352050-03/04/18			2,39
Atualização IGPM-NF 011352050-03/04/18			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
358,58
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11022	CA	04/06/2018	19.234,00	05/06/2018	19.953,00	32	1,00000		419,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
PERÍODO	VALOR (R\$)
JUN 18 419	
MAR 18 408	
ABR 18 280	
MAR 18 277	
FEV 18 168	
JAN 18 305	
DEZ 17 338	
NOV 17 361	
OUT 17 243	
SET 17 242	
AGO 17 235	
JUL 17 214	
JUN 17 172	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	%
Transmissão	13,81	4,26%
Distribuição (Celpe)	83,89	19,94%
Perdas de Energia	20,01	6,27%
Encargos Setoriais	16,38	5,13%
Tributos	94,04	29,44%
Total	318,36	100%

Atenção: O cliente deve pagar a fatura no prazo estabelecido em www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a continuidade do fornecimento de energia elétrica. Caso haja interrupção, o cliente deve avisar a Celpe com antecedência. O cliente é responsável por manter a continuidade do fornecimento de energia elétrica. Caso haja interrupção, o cliente deve avisar a Celpe com antecedência.

ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vencido	Devido	Valor	Vencido	Devido	Valor
11/05/18	05/06/18	108,24	11/05/18	05/06/18	108,24

CONJUNTO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
	APURADO	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL	NOMINAL	MÍNIMA MÁXIMA
DC	0,00	3,42	8,85	13,70	220V	95 105
FC	0,00	3,48	0,00	0,00		
CMR	Limite DCR: 12,22	ELSG - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 115,35				

CORRETOBAND MESAGEM 18 DATA 20/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 358,58





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



L-22

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

Endereço: RUA MANOEL OMENA

Nº: 98

Bairro: CENTRO

Cidade: ALTINHO

Estado: PE

CEP: 55490000

Fone: 97621139

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nota 22

2 - ATENDIMENTO

Data: 22/05/2018 18:19

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Pacote vital de tórax contuso
no pulmão D, no ar de 24h.

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Dr. e encopação funcional no
MID. Pele ínter. Sem edema

Diag. Provisório:

Fratura dos ossos de pulmão D

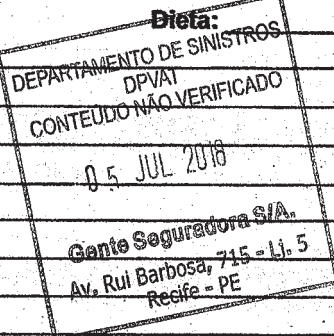
excluída. Sufoco por fratura com
solito no operatório

Prescrição:

Data

Dieta:

Horário



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 Nemeu de Oliveira Silva

CPF da Vítima

066.939.504-06

Data do Acidente

22-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(81)

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 perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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.

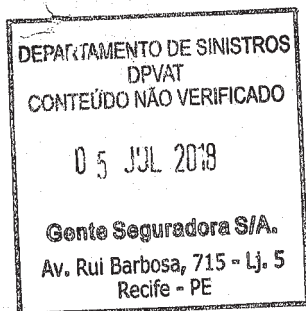
Cravata, 04 de julho de 2018

Local e Data

Ana Maria Nemeu de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ªCIRC
DINTER/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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/5/2018 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 (VÍTIMA)

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 SIQUEIRA 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

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

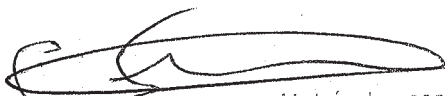
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: MODELO XTZ 150 CROSSER

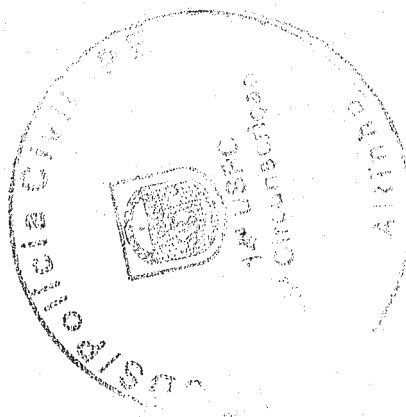
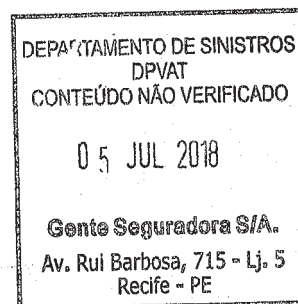
Complemento / Observação

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 RAIOS 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 RAIOS X, PERMANECIU 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
(VÍTIMA)*Maria Aparecida da Silva Barbosa*
MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA
(TESTEMUNHA)

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



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

Ana Maria Nereu de Oliveira e Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ana Maria Nereu de Oliveira e Silva		CPF titular da conta 066.439.504-06	Profissão Reclusa
Endereço Rua Siqueira Campos		Número 40	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)

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

3056

D/V

013

CONTA

NRO.

042.056

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(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.

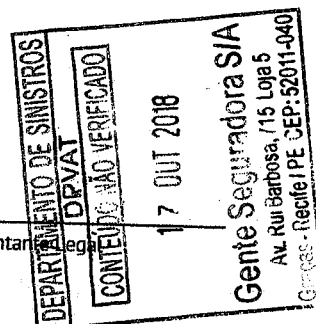
Brasília, 08 de Outubro de 2018

Local e Data

Ana Maria Nereu 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.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, 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 médico-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

Carta nº 13614132



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.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

Carta nº 13098541



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.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

Carta nº 13096405



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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

ERICA DE MENEZES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

ERICA DE MENEZES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF de: Próprio

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

ERICA DE MENEZES SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 SILVA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAIOS 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: Enica de Menezes Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Analista de Seguros
Identidade: 36.415.052-x CPF: 057.022.294-97
Endereço: Rua Antunes de Faria Salvador nº 194 Gravata - PE

BENEFICIÁRIO VÍTIMA
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 nº 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

X. Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS DA COMARCA DE ALTINHO

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 test. da

verdade. ANDERSON SOBRAL DA SILVA - ESCRIVENTE

SUBSTITUTO. Emol. R\$ 3,99 - TSNR. R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79

Selo: 0074880.MDT05201801.01049 03/07/2018 11:45:05

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

2ª TABELA 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, 15 - L. 7

Recife - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAIOS 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 SILVA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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