

**DECLARAÇÃO
ANUAL**

Nome do consumidor atual:

**MARTA EDICLEIDE
DA SILVA**

CPF/CNPJ:

082.210.984-00Endereço da unidade
consumidora/expediente:**RUA SAO CAETANO ,
25 - NOVO**

Município:

GRAVATA

Estado:

PE

Conta Contrato:

004002639896

Período:

01/01/2016 a 31/12/2016

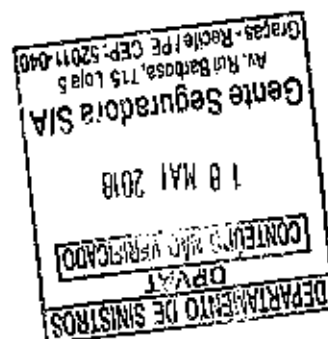
Cód. de Autenticação:

CF4CE05A6FA6BBB4E10000000A96106A

Não existem débitos de **2016** e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais (Art.4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não quita o saldo das faturas em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo jurídico.

GRAVATA, 25 de Abril de 2018.

Utilize o código de autenticação mais o número da conta contrato e acesse o site <http://www.celpe.com.br> para validar a autenticidade deste documento.





Bolacha de Ocorrência

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.

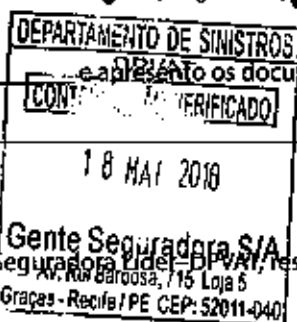
Pelo exposto, eu Erica de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.299/97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Edileide da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.210.989 00 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Maria Edileide da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.210.989 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER - 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 Antônio de Freitas Salgueiro</u>		Número <u>194-</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Brasília</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email <u>erica.menezes@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99360-5567</u>

Brasília - 25 de Abril de 2018
Local e Data

Erica de Menezes Silva
Assinatura do Declarante



Profetura de
Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL



Secretaria de Saúde

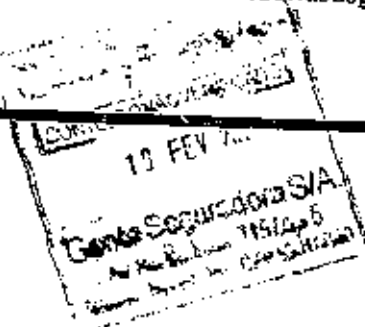
Memo Edilson de S.

Recente vítima de atropelamento
por motocicleta em 21/12/17 - RSC
com laudo em NIE, resultado em
fratura de fêmur @ Muabmont,
em tratamento cirúrgico.

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravata - PE
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

Dr. André Gustavo Pires
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 22725

26/12/17



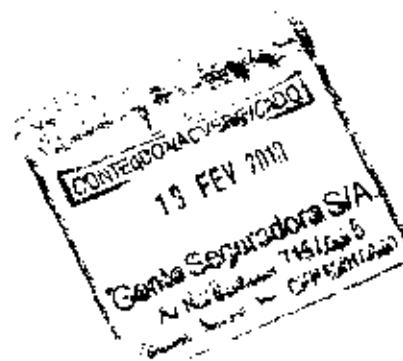
**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

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: **15:11:00** do dia **19/02/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **D8F6.FB91.DDCD.2E12**

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

Nova Consulta

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180352911 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDICLEIDE DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS 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: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PROCURAÇÃO PARTICULAR



BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Maria Edicleide da Silva

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada

Profissão: Dona de Casa

Identidade: 5.099.594 Sep/PE CPF: 082.210.984-00

Endereço: Rua São Gaudêncio N. 25, Bairro Nova
Gravata/PE, CEP: 55643-120

PROCURADOR:

Nome: Renê de Menezes Silva

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira

Profissão: Analista de Seguros

Identidade: 2.641.5052-X Sep/PE CPF: 057.822.299-97

Endereço: Rua Antonio de Freitas Salgueiro N. 199,
Beirão - Centro, CEP: 55640-000 Gravata/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

Local e data

x Maria Edicleide da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - SERVIÇOS REGISTRAIS E NOTARIAL
Rua Dr. Joaquim Gonçalves, 100 - Centro - CEP: 55411-000 - Gravata/PE
Fone: (51) 3550.6455 - E-mail: gregorio@notaria.org.br

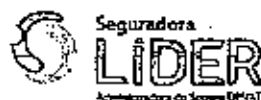
RECONHEÇO, por autenticidade at(s) firma(s) de:
MARIA EDICLEIDE DA SILVA
seio: 0077123.AJA11201701.03832
dou fe. Gravata, 28/12/2017 10:26:24

Em test. [assinatura] da verdade: [assinatura]
Ofício do Nascimento Juvenil

Emolumentos R\$3,88 TSNR-R\$0,28 Total a Pagar R\$4,66 Oper. DERIV

CONSULTE AUTENTICIDADE EM WWW.PE.JUIZABRASIL.DIGITAL





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

082.210.984-00

Nome completo da vítima

Maria Edicilde da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Edicilde da Silva		CPF titular da conta 082.210.984-00	Profissão Pessoal
Endereço Rua São Pantano		Número	Complemento Casa
Bairro Novo	Cidade Gurata	Estado PE	CEP
Email			Telefone (DDD) 819

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

Nº

D/V

CORR

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CORR

Nº

D/V

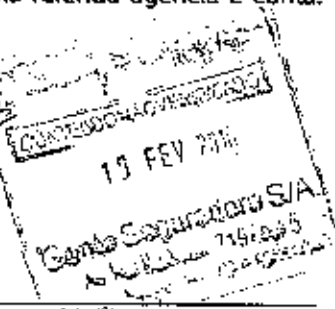
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Gurata 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180352911**

Vitima: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2017**

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 3180352911**.

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 13180408



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180352911**

Vitima: **MARIA EDICLEIDE DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2017**

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 **3180352911**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **21/12/2017**. 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





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

082.210.984-00

Nome completo da vítima

Marina Edicilde da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marina Edicilde da Silva	CPF titular da conta 082.210.984-00	Profissão Pessoal
Endereço Rua São Pantano	Número	Complemento Casa
Bairro Novo	Cidade Gravata	Estado PE
Email	Telefone (DDD) 819-	

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.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

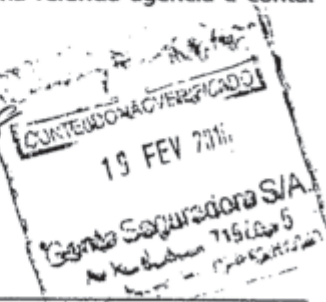
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Gravata 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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	Nome completo da vítima
	082.210.984-00	

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Maria Edicleide da Silva		082.210.984-00		Reclusa	
Endereço		Número	Complemento		
Rua São Bartolomeu		25	Casa		
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Novo	Bravata	PE	55643-120		
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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0993		DVV 013		CONTA NRO. 51468		DVV 2	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRO. DVV CONTA NRO. DVV				16 ABR 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Rui Barbosa, 715 - 10015-000 Brasília - DF CEP: 50111-000			

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.

Bravata, 26 de Março de 2018.
Local e Data

Maria Edicleide da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Continuação da residência



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

082.210.984-00

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Edicleide da Silva	082.210.984-00	Reclusa
Endereço	Número	Complemento
Rua São Caetano	25	Casa
Bairro	Estado	CEP
NOVO	PE	55643-120
Cidade	Telefone (DDD)	
Brasão		
Email		

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
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.000,00
☐ ACIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

0943

(Informar dígito se existir)

D/V

013

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

51468

(Informar dígito se existir)

D/V

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.

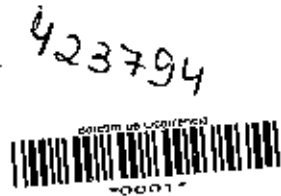
Brasão 26 de Março de 2018

Local e Data

Maria Edicleide da 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 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ºCIRC
DINTER1/12ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0152000273

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2018** às **11:46**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/12/2017** no período da **Manhã**

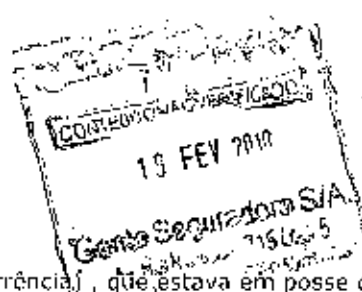
Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO CAETANO, 1, PROXIMO AO COLEGIO GRAVATA** Bairro: **BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA EDICLEIDE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

MARIA EDICLEIDE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SEBASTIANA QUARESMA LEITAO Pai: JOSE MANOEL LEITAO Data de Nascimento: 13/9/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA SAO CAETANO, 25 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

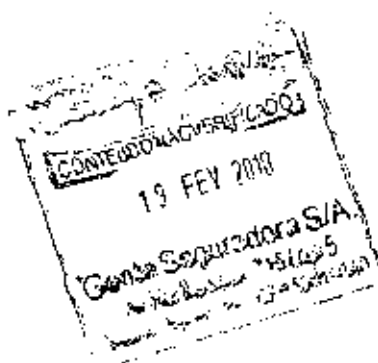
A VITIMA RELATA QUE ANDAVA PELA CALÇADA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO QUE PASSAVA PROXIMO AO MEIO FIO PARA LIVRAR UM QUEBRA MOLA, QUE O IMPUTADO NÃO PRESTOU SOCORRO, QUE A MESMA SOFREU UMA FRATURA NA TIBIA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

Maria Edicleide da Silva.

MARIA EDICLEIDE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por EILTON FERREIRA BULHOES - Matrícula: 319807-3





423794



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152000273**

461725
0279837/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2018** às **11:46**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/12/2017** no período da **Manhã**

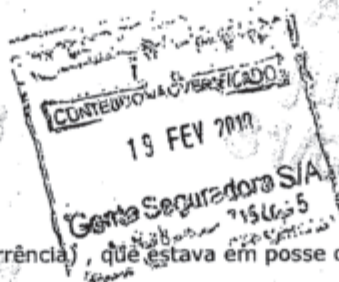
Fato ocorrido no endereço: **RUA SAO CAETANO, 1, PROXIMO AO COLEGIO GRAVATA** Bairro: **BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA EDICLEIDE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

MARIA EDICLEIDE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEBASTIANA QUARESMA LEITAO** Pai: **JOSE MANOEL LEITAO** Data de Nascimento: **13/9/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SAO CAETANO, 25 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ANDAVA PELA CALCADA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO QUE PASSAVA PROXIMO AO MEIO FIO PARA LIVRAR UM QUEBRA MOLA, QUE O IMPUTADO NAO PRESTOU SOCORRO, QUE A MESMA SOFREU UMA FRATURA NA TIBIA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

Maria Edicleide da Silva

MARIA EDICLEIDE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por EILTON FERREIRA BULHOES - Matrícula: 319807-3



ASL-0060389/18
juliana.luna.0007
31/07/2018 17:54:13

ASL-0060389/18
juliana.luna.0007
31/07/2018 17:54:13

ASL-0060389/18
juliana.luna.0007
31/07/2018 17:54:13

ASL-0060389/18
juliana.luna.0007
31/07/2018 17:54:13



ASL-0060389/18
juliana.luna.0007
31/07/2018 17:54:13



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 <i>Maria Edicleide da Silva</i>	CPF da Vítima <i>082.210.984-00</i>	Data do Acidente <i>21.12.2017</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>(81)</i>

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:

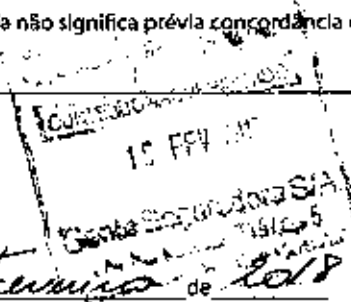
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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.



Granata, 16 de *Fevereiro* de *2018*
Local e Data

Maria Edicleide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Maria Edicleide da Silva

CPF da Vítima

082.210.984-00

Data do Acidente

21.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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:

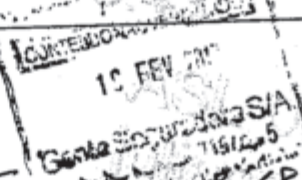
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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.



Gravata, 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Maria Edicleide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 252864

PACIENTE: MARIA EDICLEIDE DA SILVA

GENITORA: SEBASTIANA QUARESMA LEITÃO

DATA DE NASCIMENTO: 13/09/1975

IDADE: 42

ENDEREÇO: RUA SÃO CAETANO

BAIRRO: BAIRRO NOVO

PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 21/12/2017

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 09:53

CNS: 700500310575958

TELEFONE: (81) 98937-4143

SEXO: Feminino

COR: Sem informação

Nº:

CIDADE: GRAVATA

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE:

HDA



Trama em perna
Secundária à
oste.

Maria Edicleide C. da Silva
Matrícula 3273

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.

03/10/2018

10:01

EXAME FÍSICO

R-X

Voluntário - 01/21/2018

10:05
Unidade de Pronto Atendimento
Gravata - PE
CEP: 55642-250

EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

RX -> fratura fechada de Fêmur

LD: imobilização com tala gessada

Dr. Ryan Nelson
Médico
CRM-PE 25725

ALTA

HORA:

DATA

21/12/12

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Ryan Nelson
Médico
CRM-PE 25725

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

Rx -> Fratura fechada de Fíbula

CD. imobilização com tala gessada.

Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM-PE 25725

ALTA

HORA:

DATA

21/12/12

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM-PE 25725

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



159

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 252864

PACIENTE: MARIA EDICLEIDE DA SILVA

GENITORA: SEBASTIANA QUARESMA LEITÃO

DATA DE NASCIMENTO: 13/09/1975

IDADE: 42

ENDEREÇO: RUA SÃO CAETANO

BAIRRO: BAIRRO NOVO

PONTO DE REFERÊNCIA:

CIDADE: GRAVATÁ

ACOMPANHANTE:

DATA: 21/12/2017

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 09:53

CNS: 700500310575958

TELEFONE: (81) 98937-4143

SEXO: Feminino

COR: Sem Informação

Nº:

UF: PE

CEP:



0005

HDA

Trama em perna
Secundária à
morte.

Maria Edicleide C. da Silva
Matrícula 3273

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.

03/01/2018

10:01

EXAME FÍSICO

R-X

Voluntário - 01/12/17

Juliana M. Barros
Enfermeira
RECEBE: 001.073.32-1
10:05

EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

Rx -> Fratura fechada de Fíbula

CD: Imobilização com tala gessada

Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM PE 25725

ALTA

HORA:

DATA

21/12/17

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM PE 25725

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

Rx -> Fratura fechada de Fíbula

CD. Imobilização com tala gessada

Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM-PE 25725

ALTA

HORA:

DATA

21/12/12

CURADO ☐

MELHORADO ☒

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Ruan Nelson
Médico
CRM-PE 25725

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

