

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: Serviços Gerais

Identidade: 6.777.014 SDS/PE CPF: 066.465.194-12

Endereço: Rua São Sebastião, 27, lot. Nova Esperança, Riacho das Almas/PE

PROCURADOR:

Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: Autônoma

Identidade: 7.801.456 SDS/PE CPF: 074.350.264-76

Endereço: Rua Dr. José Rufino Bezerra, 897-B, Cojós, Vitória de Santo Antão/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, Crédito 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

Cristina Marineide da Silva

Riacho das Almas, 30/01/2018
Local e data

Cristina Marineide da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

Emolumentos R\$13,32 TSNR R\$0,66 Total a Pagar R\$13,98
RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de: CRISTINA MARINEIDE
DA SILVA selo:0075069.JLH09201702.03276
dou fe. Riacho das Almas, 30/01/2018 09:58:31

Em testemunho da verdade

Ana Leide da Silva
Ana Leide da Silva

Ana Leide da Silva
Tabelião Pública de Notas, Oficial do
Registro Geral de Imóveis, de Títulos
e Documentos e Protesto, em Exercício
Cel. Joaquim Bezerra, 31 -
Riacho das Almas - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180391607 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA **Data do acidente:** 08/12/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do terço distal do fêmur esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do joelho esquerdo acarretando marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura exposta do terço distal do fêmur esquerdo (fixação com haste metálica).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 09/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do joelho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

CHO DAS ALMAS-PE

IDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

3180391607



LETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0077881

ntuário:00030495-6

me:CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA

dereço:RUA NOVA ESPERANÇA

idade:RIACHO DAS ALMAS/PE

documento:

le:MARINEIDE CAROLINA DA SILVA

ofissão:

Idade:34 ANOS, 2 MESES E 29 DIAS

Dt. Nasc.: 09/09/1983 Sexo:F Est. Civil:

CEP:55120000

Nac:

Tel.:

Sisprenatal:

Pai:AMARO PERREIRA DE LUCENA

Responsável:

EXCELSIOR SEGUROS
30 OUT 2018
SEGURADORA

ltimas Ocorrências

ata	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
8/12/2017 19:05	0077881	AÇIDENTE DE MOTO

E-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
	180/90	SP02: 98-1	P: 82	EC:

reixas / Diagnóstico

Acidente moto
Ponto de impacto
vibrações para
queda (FEMUR)

Tratamento

ML do membro
Torniquete
Voltagem 120V
Linha: 5315170
Hospital: HNA

ames complementares

lesões e pontos

Impressão diagnóstica

CID

ativo da saída:

assidência ☐ Internado ☐

ustificativa:

caminhado:

movido:

ito:

h m do dia

ita saída:

ra saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> observação básica		<input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação especializada	MÉDICO / CRM
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO		HORÁRIO

ita da impressão: Sexta-feira, 08 de Dezembro de 2017 às 19:05

Recepcionista: CLAUDIA

EXCELSIOR SEGUROS
SEGURADORA



Unidade Mista João Soares da Fonseca
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE COMPROVAÇÃO QUE A SRA. CRISTINA MARINIDE SILVA REALIZA FISIOTERAPIA 2x POR SEMANA NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DE R. DAS ALMAS.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, SÓTIL FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO COM PRESENÇA DE HASTE BLOQUEADA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA A PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE, EDEMA EM EXTREMIDADE E QUADRO ALGICO MODERADO. E FAZ USO DE MOLETA CANADENSE.

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR AFASTADA DAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SEQUÊNCIA AO TTO FISIOTERAPÊUTICO;

R. DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr. Florisvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/PE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Cristina Mamede

Silve

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Paciente vítima
acidente moto em
08/12/2017. Fract.
esp. femur E:
02- dois tempos
cirurg. trat.
ambulatorial a
fisioterapia. 2 dias
folha E.
folha sobre-
aposteado de tra-
balho por 6 (seis
meses) 2094

Data 29, 2, 2018

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Cristina Mamede

Silve

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Acidente de moto
em 08/12/2017.
Fratura esp.
femur esquerdo
subst. de am-
tratamento am-
gic. em Ambu-
latório. fisio-
terapia. 2 dias
folha E.
folha sobre-
aposteado de tra-
balho por 6 (seis
meses) 2094

Data

29/05/2018

Dr. Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 10660
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado Cristina Norberto
S... portador da Carteira Profissional nº _____
série _____, necessita de 120 (cento e vinte)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença. Fratura do fêmur (Operado)

HNA
Hospital ou Ambulatório

Caruaru 10/01/18
Localidade e Data

[Assinatura]
ASS. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. OSMAR TORRÃO
R. dos Expedicionários, 62 - Nossa Senhora dos Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722.4773 - Fax: (81) 3721.2118
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que
me foi exibido; dou fé.
Selo: 0073718.EBX12201705.01449
Caruaru/PE, 31/01/2018 14:22:10. Em test. da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol. R\$ 3,07 - TSNR R\$ 0,68 - Total R\$ 4,09 Op.: 23

Conferir autenticidade em: www.jusbrasil.com.br



Unidade Mista João Soares da Fonseca
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Carthana Marcondes do Silva
34 anos

Paciente interna. de ocorrência de
muito grande fratura exposta
e punção esquerda (FEMUR).

Pouco Oligodonta

Unidade: 5315470
Hospital: HAD

Desa Rêta Lina da Silva
CRM 12013
8/12/17



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente
Sr.(a) **CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA**
Encontra-se internado desde o dia 08/12/2017.
(Sem Previsão de Alta)

REGISTRO: 310.492

Diagnostico: **FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQUERDO.**

Tratamento: **CIRÚRGICO (AGUARDANDO).**

1.OBS.: CID 10 S72

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 14 de Dezembro de 2017

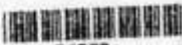
Vívia de Amorim Lira

Setor de arquivo(same)

10 - R000155

000-00055 de 01/06/2017

Atendimento: 374562

Pedido: 
94858

Data Pedido: 09/01/2018

Controle: 76874

Paciente: 310492 CRISTINA MARINEIDE SILVA
Leito: 98 003-18 Unid. Intern: 8

ORTOPEDIA

Nascimento: 09/09/1983 (34a 4m 2d)

Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPIEDIA II
Setor Executante: RADIOLOGIA
Convenio: SUS - INTERNACAO
Motivo: URGENCIA/EMERGENCIA

Local: SALA DE EXAME

Sexo: FEMININO

Plano: PLANO UNICO

Observações

Médico Executante: 0 - Não Informado

Entrega

Accession Number *Access N. Hex Código Descrição

198070	01 30526	910	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (AP)
198071	01 30527	911	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (PERFIL)

09/01/2018

09/01/2018

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: RT-374562

Nome: Cristina Marineide Silva

Registro Nº: 310492

Clinica: D+3

Enfermaria:

Dr. Marineide
APD

Chailon Albuquerque
Médico
CRM 20381

09 JAN 2018

HOSPITAL REGI

Data: 1 / 1

Médico - CRM



DETRAN - PE Nº 013433025826
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1060743431 RNTA/C ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES

JAB GUARARAPES-PE

CPF / CNPJ 122.415.074-07 PLACA FDL5998

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KC1660FR513153

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG-150 TITAN EX ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP. POT. / CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1. *****

IPVA 2017 QUITADO 2. *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

JAB GUARARAPES 06/05/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013433025826 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES

RUA TIM MAIA 85

54275-050

CURADO JAB GUARARAPES-PE

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 06/05/17

VIA 1 CPF / CNPJ 122.415.074-07 PLACA FDL5998

RENAVAM 1060743431 MARCA / MODELO HONDA/CG-150 TITAN EX

ANO FAB 2015 QESTR 09 Nº CHASSI 9C2KC1660FR513153

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR 2018
SEGURO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
CRISTINA MARINHEIR DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 6777014 SDS PE
	CPF 066.465.194-13
	DATA NASCIMENTO 09/09/1983
	FILIAÇÃO AMARO PEREIRA DE LUCENA MARINHEIR CAROLINA DA SILVA
PERMISSÃO <input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> CAT. HAB. <input type="checkbox"/> AD	
Nº REGISTRO 05763126200	VALIDADE 07/12/2017
HABILITAÇÃO 24/04/2013	
OBSERVAÇÕES sem observações	
Assinatura de Cristina Marinheir da Silva LOCAL: CANTARRO - PE DATA EMISSÃO: 12/09/2014 Assinatura do Carteiro: P-D- 58716612109 28039688092	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO) DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
873681820

PROTEÇÃO PLÁSTICA
873681820

EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR 2018
SEAL 40 DP

CHO DAS ALMAS-PE

IDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

3180391607



LETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0077881

ntuário:00030495-6

me:CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA

dereço:RUA NOVA ESPERANÇA

idade:RIACHO DAS ALMAS/PE

documento:

le:MARINEIDE CAROLINA DA SILVA

ofissão:

Idade:34 ANOS, 2 MESES E 29 DIAS

Dt. Nasc.: 09/09/1983 Sexo:F Est. Civil:

CEP:55120000

Nac:

Tel.:

Sisprenatal:

Pai:AMARO PERREIRA DE LUCENA

Responsável:

EXCELSIOR SEGUROS
30 OUT 2018
SEGURADORA

ltimas Ocorrências

ata	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
8/12/2017 19:05	0077881	ACIDENTE DE MOTO

E-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
	180/90	SP02: 98-1	P: 82	SC:

reixas / Diagnóstico

Acidente moto
Ponto de impacto
vibrações para
queda (FEMUR)

Tratamento

ML do membro
Torniquete
Voltagem 1200V
Linha: 5315170
Hospital: HNA

ames complementares

Exame de urina

Impressão diagnóstica

CID

ativo da saída:

Assistência ☐ Internado ☐

ustificativa:

caminhado:

movido:

ito:

h m do dia

ita saída:

ra saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN [Assinatura]
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> observação básica		<input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação especializada	MÉDICO / CRM [Assinatura] HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO		HORÁRIO

ita da impressão: Sexta-feira, 08 de Dezembro de 2017 às 19:05

Recepcionista: CLAUDIA

EXCELSIOR SEGUROS
SEGURADORA



Unidade Mista João Soares da Fonseca
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE COMPROVAÇÃO QUE A SRA. CRISTINA MARINCEDE SILVA REALIZA FISIOTERAPIA 2x POR SEMANA NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DE R. DAS ALMAS.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, SÓTEV FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO COM PRESENÇA DE HASTE BLOQUEADA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA A PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE, EDEMA EM EXTREMIDADE E QUADRO ALGICO MODERADO. E FAZ USO DE MOLETA CANADENSE.

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR AFASTADA DAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SEQUÊNCIA AO TTO FISIOTERAPÊUTICO;

R. DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr. Florisvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/PE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Cristina Mamede

Silve

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Paciente vítima
acidente moto em
08/12/2017. fratur.
sup. femur E:
02- dois tempos
cirurg. trat.
ambulatório a
fisioterapia. 2 dias
pós E.
planta sente- lo
apostade do tra-
balho por 6 (seis
meses) 2094

Data 29,2,2018

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Cristina Mamede

Silve

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Acidente de moto
em 08/12/2017.
Fratura esp.
femur esquerda
subst. de am-
tratamento cir-
gico. em Ambu-
latório. fisio-
terapia. 2 dias
pós. plant.
anal. para fins
de director
CID: 2094

Data

29/05/2018

Dr. Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 10660
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado Cristina Norberto
S... portador da Carteira Profissional nº _____
série _____, necessita de 120 (cento e vinte)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença. Fratura do fêmur (Operado)

HNA
Hospital ou Ambulatório

Caruaru 10/01/18
Localidade e Data

[Assinatura]
ASS. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. OSMAR TORRÃO
R. dos Expedicionários, 82 - Nossa Senhora dos Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722.4773 - Fax: (81) 3721.2118
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que
me foi exibido; dou fé.
Selo: 0073718.EBX12201705.01449
Caruaru/PE, 31/01/2018 14:22:10. Em test. da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol. R\$ 3,07 - TSNR R\$ 0,68 - Total R\$ 4,09 Op.: 23

Consulte a autenticidade em: www.jusbrasil.com.br



Unidade Mista João Soares da Fonseca
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Carla Maria de Sousa
34 anos

Paciente internada de ocorrência de
nódulo opaco no pulmão esquerdo
e pulmão esquerdo (FEMUR).

Paciente OTORRINOLARINGOLÓGICA

Unidade: 5315470
Hospital: HAD

Unidade Mista João Soares da Fonseca
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE
8/12/17



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente
Sr.(a) CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA
Encontra-se internado desde o dia 08/12/2017.
(Sem Previsão de Alta)

REGISTRO: 310.492

Diagnostico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQUERDO.

Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO).

1.OBS.: CID 10 S72

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 14 de Dezembro de 2017

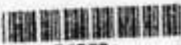
Vívia de Amorim Lira

Setor de arquivo(same)

#0 - R000155

000-00055 de 01/08/2017

Atendimento: 374562

Pedido: 
94858

Data Pedido: 09/01/2018

Controle: 76874

Paciente: 310492 CRISTINA MARINEIDE SILVA
Leito: 98 003-18 Unid. Intern: 8

ORTOPEDIA

Nascimento: 09/09/1983 (34a 4m 2d)

Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPIEDIA II
Setor Executante: RADIOLOGIA
Convenio: SUS - INTERNAÇÃO
Motivo: URGENCIA/EMERGENCIA

Local: SALA DE EXAME

Sexo: FEMININO

Plano: PLANO UNICO

Observações

Médico Executante: 0 - Não Informado

Entrega

Accession Number *Access N. Hex Código Descrição

198070	01 30526	910	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (AP)
198071	01 30527	911	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (PERFIL)

09/01/2018

09/01/2018

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: RT-374562

Nome: Cristina Marineide Silva

Registro Nº: 310492

Clinica: Ortop

Enfermaria:

Dr. Marineide
APOP

Chailon Albuquerque
Médico
CRM 20381

09 JAN 2018

HOSPITAL REGI

Data

Médico - CRM

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/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 COAF**².

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 Leiziane de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.350.264 / 76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Guilherme Maximiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.465.194 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Guilherme Maximiano da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.465.194 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Dr. José Rufino</u>		Número <u>897</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Cajá</u>	Cidade <u>Vitória</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55630-030</u>
Email <u>vitória.dpvat@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)3526-3946</u>	Telefone celular (DDD) _____

Vitória/PE, 18 de fevereiro de 2018
Local e Data

Leiziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180391607

Nome do(a) Examinado(a): CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA SAO SEBASTIAO , 27 - Riacho das Almas/PE - CEP 55120-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 6777014 - sds

Data e Local do Acidente : 08/12/2017 - Riacho das Almas

Data e Local do Exame : 07/12/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 - CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do terço distal do fêmur esquerdo

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro submetido à osteossíntese com haste. Realizou fisioterapia, da qual teve alta há 3 meses

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima queixa de dor em joelho esquerdo. Ao exame: marcha claudicante (+/+4) e redução grave (60%) da flexo-extensão do joelho esquerdo

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano funcional do joelho esquerdo

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

joelho esquerdo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

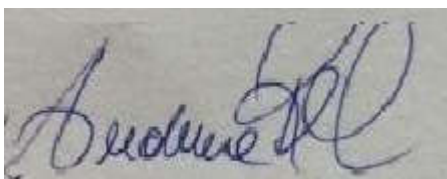
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF : PE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cristina Maxineide da Silva,

RG nº 6377034, data de expedição / / , Órgão SDS/PE,

CPF nº 066465394-32, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Sebastião</u>
Número	<u>27</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Loteo Nova Esperança</u>
Cidade	<u>Riacho das Almas</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55320-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)3526-3946 / 9-9660-4706</u>
E-mail	<u>vitoria.davata@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Riacho das Almas-PE, 19/02/2018

Assinatura do Declarante: Cristina maxineide da Silva



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Paragominas de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50059-902
CNPJ 10.535.927/0001-08 | Insc. Est. 0835943-05 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CRISTINA MARINHEIRO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO SEBASTIÃO 27

CPF: 066.465.194-12

LOTTO NOVA ESPERANÇA RIACHO DAS ALMAS PE
55120-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Municipal

CONTA CONTRATO 7024582191 MÊS/MO 10/2017
DATA DE VENCIMENTO 20/10/2017 DATA DE CANCELAMENTO 14/11/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 53,57

NOTA FISCAL Nº 011052108 EMISSÃO 14/10/2017
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA PRECATORIAL
14/10/2017 011052108 4161784

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	87.000000	0.70146029	48,99
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,04
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,79
Contribuição Iluminação Pública			1,36
ICMS Subvenção - CDE - NF 002280009 - 18/09/17			0,50
Multa por atraso - NF 002280009 - 18/09/17			1,00
Juros por atraso - NF 002280009 - 18/09/17			0,60
Atualização ICPM - NF 002280009 - 18/09/17			0,27
TOTAL DA FATURA			53,57

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MÍDIO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DE	CONSTANTE	ADJSTE	CONSUMO (Wh)
2359885	CAT	15-09-2017	14-10-2017	25	1.03500		87,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano (Wh)			
OUT 17 87		Consumo de Energia	R\$ 14,85 29,52%
SET 17 87		Transmissão	R\$ 1,30 2,62%
AGO 17 76		Distribuição	R\$ 10,75 21,88%
JUL 17 74		Perdas na Rede	R\$ 2,23 4,31%
JUN 17 97		Outros	R\$ 4,75 9,10%
MAY 17 91			R\$ 15,04 31,51%
ABR 17 78			R\$ 48,81 100%
MAR 17 72			
FEV 17 34			
JAN 17			
DEZ 16			
NOV 16			
OUT 16			

INFORMAÇÕES IMPOSTARIAS
No ato de leitura e emissão da Nota Fiscal, a Companhia Paragominas de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 10.535.927/0001-08, declara que a mesma não possui qualquer vínculo com o Fisco Federal, Estadual ou Municipal, e que a mesma não é responsável por qualquer pagamento de impostos, e que a mesma não é responsável por qualquer pagamento de impostos, e que a mesma não é responsável por qualquer pagamento de impostos.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Contas em Aberto				
Valor	Debitado	Valor	Debitado	Valor
36,8017	14,0317	85,87		

DISTRIBUIÇÃO DE PREÇOS E PRECATORIAIS INTERMEDIÁRIOS			
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
RACHO GÁS	0,00	0,15	13,30
ICMS	0,00	0,43	0,85
ICMS	0,00	0,83	0,80

Limite ICMS 12,33 VALOR - Valor máximo pago de ICMS no mês de Outubro de 2017 - R\$ 12,33

NOTA: O CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA É MEDIDO EM WH (WATTHOUR) E O VALOR DE PAGAMENTO É EM R\$ (REAL BRASILEIRO). O VALOR DE PAGAMENTO É O VALOR DE PAGAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA, NÃO INCLUINDO O VALOR DE PAGAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS.



RIACHO DAS ALMAS

Governo Municipal

PREFEITURA DE RIACHO DAS ALMAS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 10.939.000/0001-05

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção do (a) Sr (a) **Cristina Marineide da Silva**, CPF 066.465.194-12 RG 6777014, SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências nº 01 do SAMU de Riacho das Almas, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 de Dezembro de 2017, às 18h e 03min, ocorrência PE 95 Av. João Soares. Colisão carro com moto, tendo sido enviado a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado para o Hospital da Municipal Local.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos avaliação, imobilização e remoção.

Riacho das Almas, 14/12/2017


Dr. Ana Carolina Vasconcelos
Enfermeira
COREN-PE: 321.321

Coordenador Municipal da Base



Recebi esta Declaração do SAMU de Riacho das Almas em ____/____/____

Rua: Mario da Mota Linneira, 93 - Bairro: Santa Teresinha, Riacho das Almas-PE
CNPJ nº 10.939.000/0001-05

Fone: (81) 3345-1107

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

CRISTINA MARINHEIRA DA SILVA

CPF da Vítima

066.465.194-12

Data do Acidente

08-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR 2018
SEGURO DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de março

de 2018

Local e Data

CRISTINA MARINHEIRA 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 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0188000031**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às **16:50**

Complementa o BO Número: **17E0188000519**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/12/2017** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, RODOVIA PE-095 (AV. JOÃO SOARES)** - Bairro: **CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMIDADES DO SAMU**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / AV. JOÃO SOARES (RODOVIA PE-05) PROXIMIDADES DO SAMU**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR / AGENTE)
MARINEIDE CAROLINA DA SILVA (NOTICIANTE)
JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES (OUTRO)
EDJANE DA SILVA NECO (TESTEMUNHA)
CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**

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

CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARINEIDE CAROLINA DA SILVA** Pai: **AMARO PEREIRA DE LUCENA** Data de Nascimento: **9/9/1983** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6777014/SDS/PE (RG) 05763126200 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ACUPUNTURISTA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 27, RUA SÃO SEBASTIÃO, LOTEAMENTO NOVA ESPERANÇA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CAROLINA CAMILA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MARIANO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **8/6/1963** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, POVOADO DO RANGEL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

EDJANE DA SILVA NECO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, , SÍTIO SERRA VERDE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO PARQUE DE VAQUEJADA ÀS MARGENS DA PE-95**



JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSILENE FRANCISCA DA SILVA** Pai: **ALEXANDRE JOSÉ LOPES** Data de Nascimento: **8/5/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CANTOR TIM MAIA, 85 - CEP: 55000-000 - Bairro: CURADO IV - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDL5998** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2RC1660DF513153**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA, MODELO CG 150 TITAN EX, EM NOME DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL DE MARCA, PLACA E COR NÃO IDENTIFICADAS**

Complemento / Observação

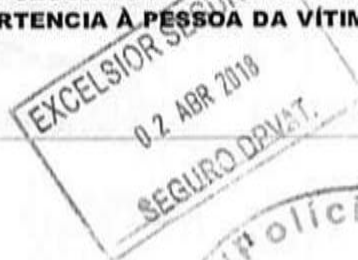
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA. MARINEIDE CAROLINA DA SILVA, COMUNICANDO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA SUA PRÓPRIA FILHA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA, A QUAL SE ENCONTRA IMPOSSIBILITADA DE COMPARECER NO MOMENTO A ESTA DELEGACIA, CUJO FATO SE DEU COMO A NOTICIANTE PASSA A EXPOR: INFORMA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS, SUA REFERIDA FILHA TRAFEGAVA SENTIDO VILA DA COHAB NESTA CIDADE COM DESTINO AO LOTEAMENTO ONDE MORA, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO OPOSTO, ATIGIU A MOTOCICLETA NA PARTE LATERAL ESQUERDA DA MESMA, CAUSANDO DIVERSAS AVARIAS NA MOTOCICLETA, BEM COMO, RESULTOU NA QUEDA DA CONDUTORA (VÍTIMA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA) QUE SOFREU DIVERSAS LESÕES PELO CORPO, SENDO IMEDIATAMENTE SOCORRIDA PELO SAMU INICIALMENTE ATÉ A UNIDADE MISTA DE SAÚDE LOCAL CONFORME DECLARAÇÃO ORA APRESENTADA, DE ONDE FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE PERMANECE INTERNADA, REGISTRO DESTA NOSOCÔMIO Nº 310.492. ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO SE TEM NOTÍCIA DA IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO QUE COLIDIU COM A MOTOCICLETA, BEM COMO DE SEU CONDUTOR QUE NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO. ACRESCEMTO QUE A VÍTIMA É HABILITADA PARA DIRIGIR MOTOCICLETA E QUE A REFERIDA MOTOCICLETA SE ENCONTRA EM NOME DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES. ACRESCEMTO FINALMENTE QUE A VÍTIMA NÃO TEM PREVISÃO DE ALTA MÉDICA, PORTANTO, NÃO PODE COMPARECER NESTA DELEGACIA NO MOMENTO, TENDO A NOTICIANTE DECIDIDO POR REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DEVIDOS. NA DATA DE HOJE (26/01/2018), COMPARECEU NESTA DELEGACIA A NOTICIANTE MARINEIDE CAROLINA DA SILVA, A QUAL SOLICITOU COMPLEMENTAÇÃO NO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, ESTE QUE FOI RETIFICADO NO QUE SE REFERE A PROPRIEDADE DA MOTOCICLETA DE PLACA PDL-5998-PE, A QUAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO (CRLV) É DE PROPRIEDADE DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES, CUJA MOTOCICLETA POSSUI O SEGUINTE NÚMERO DE RENAVAN: 1060743431, E EQUIVOCADAMENTE TINHA SIDO CONSTATADO QUE PERTENCIA À PESSOA DA VÍTIMA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO A PRESENTE COMPLEMENTAÇÃO.

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

Marineide Carolina da Silva

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SEVERINO JOSÉ DA SILVA** - Matrícula: **381066-6**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS
ALMAS - DP98ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0188000519**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2017 às
10:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/12/2017 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1,
RODOVIA PE-096 (AV. JOÃO SOARES) - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS
ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMIDADES DO
SAMU
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL / AV. JOÃO SOARES (RODOVIA PE-05)
PROXIMIDADES DO SAMU

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR / AGENTE)
MARINEIDE CAROLINA DA SILVA (NOTICIANTE)
EDJANE DA SILVA NECO (TESTEMUNHA)
CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do Sr(a):
CRISTINA MARINEIDE DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
PESSOA NÃO IDENTIFICADA

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

CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARINEIDE CAROLINA DA SILVA Pai: AMARO PEREIRA DE LUCENA Data de Nascimento:
9/9/1983 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6777914/999/PE
(RG), 05763426200 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: ACUPUNTURISTA
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 27, RUA SÃO SEBASTIÃO,
LOTEAMENTO NOVA ESPERANÇA - CEP: 9 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS
ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
CAROLINA CAMILA DA CONCEIÇÃO Pai: MARIANO JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento:



8/6/1963 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, POVOADO DO RANGEL -
CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EDJANE DA SILVA NEGO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, , SÍTIO SERRA VERDE - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO PARQUE DE
VAQUEJADA AS MARGENS DA PE-05

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CO 150** Objeto apreendido: Não
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDL5898** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2RC1660DF543453**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA, MODELO CO 150 TITAN EX, EM NOME DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL DE MARCA, PLACA E COR NÃO IDENTIFICADAS**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA. MARINEIDE CAROLINA DA SILVA, COMUNICANDO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA SUA PROPRIA FILHA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA, A QUAL SE ENCONTRA IMPOSSIBILITADA DE COMPARECER NO MOMENTO A ESTA DELEGACIA, CUJO FATO SE DESEJO A NOTICIANTE PASSA A EXPOR: INFORMA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS, SUA REFERIDA FILHA TRAFEGAVA SENTIDO VILA DA COHAS NESTA CIDADE COM DESTINO AO LOTEAMENTO ONDE MORA, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO OPORTO, ATIGIU A MOTOCICLETA NA PARTE LATERAL ESQUERDA DA MESMA, CAUSANDO DIVERSAS AVARIAS NA MOTOCICLETA, BEM COMO, RESULTOU NA QUEDA DA CONDUTORA (VÍTIMA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA) QUE SOFREU DIVERSAS LESÕES PELO CORPO, SENDO IMEDIATAMENTE SOCORRIDA PELO SAMU INICIALMENTE ATÉ A UNIDADE MISTA DE SAÚDE LOCAL CONFORME DECLARAÇÃO ORA APRESENTADA, DE ONDE FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE PERMANECE INTERNADA, REGISTRO DESTES NOSOCÔMIO Nº 340.492. ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO SE TEM NOTÍCIA DA IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO QUE COLIDIU COM A MOTOCICLETA, BEM COMO DE SEU CONDUTOR QUE NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO. ACRESCENTA QUE A VÍTIMA É HABILITADA PARA DIRIGIR MOTOCICLETA E QUE A REFERIDA MOTOCICLETA SE ENCONTRA EM NOME DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES. ACRESCENTA FINALMENTE QUE A VÍTIMA NÃO TEM PREVISÃO DE ALTA MÉDICA. PORTANTO, NÃO PODE COMPARECER NESTA DELEGACIA NO MOMENTO, TENDO A NOTICIANTE DECIDIDO POR REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DEVIDOS.

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

EXCELSIOR SEGUROS

12 ABR 2018

REGISTRO DE

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA



Marineide Carolina da Silva

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: *SEVERINO JOSÉ DA SILVA* - Matrícula: 321866-6



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180391607

Vítima: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

Data do Acidente: 08/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

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

Comprovante de residência

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 13632382



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: 066 465 394-32 Nome completo da vítima: Cristiana Marimede da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cristiana Marimede da Silva	CPE titular da conta	066 465 394-32	Profissão	Amadora
Endereço	Rua São Sebastião	Número	27	Complemento	
Bairro	Loteo Nova Esperança	Cidade	Riacho das Almas	Estado	PE
Email	ritaria.dpvat@hotmail.com	CEP	55320-000	Telefone (DDD)	(81) 3526-3946

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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO
Nome: NRO:

AGÊNCIA
NRO: 2778 D/V:
(Informar dígito se existir)

CONTA
NRO: 19351 D/V: 3
(Informar dígito se existir)

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.

Riacho das Almas, 19 de Fevereiro de 2018
Local e Data

x Cristiana Marimede da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**

Sinistro: **3180391607**
Vítima: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Data do Acidente: **08/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180391607** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.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, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180391607**
Vitima: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Data do Acidente: **08/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180391607**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180391607**
Vitima: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Data do Acidente: **08/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180391607**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180391607**

Vitima: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**

Data do Acidente: **08/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180391607**.

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 13334577



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000019151-3

Nr. da Autenticação E9FDD7E6AA6D54E1

ASH- 0113720/18

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: _____
Nome: Cristina Mauerle
Silva Registro Nº: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____

Acidente de moto
em 08/12/2017.
Fratura exposta
femur esquerda
subcutânea a
tratamento cir-
gico. Em Ambu-
latório médico
traumático. Fratura
aberta. para fins
de diagnóstico
CID: 2094

Data

29/05/2018

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10660

O primeiro Cigarro é uma passagem para o ciclo
Eleida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUN 2018
SEGURO DPVAT.

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL 2018

SEGURO DOVext.

**Unidade Mista João Soares da Fonseca**

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário**DECLARAÇÃO**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE CONPROVAÇÃO QUE A SRA. CRISTINA MARINIDE SILVA REALIZA FISIOTERAPIA 2x POR SEMANA NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DE R. DAS ALMAS.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, SOPRIM FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO COM PRESENÇA DE HASTE BLOQUEADA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA A PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE, EDEMA EM EXTREMIDADE E QUADRO ALGÍCO MODERADO. E TEM USO DE MOLETA CANADENSE.

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR AFASTADA DAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SEQUÊNCIA AO TTO FISIOTERAPÊUTICO;

R. DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr Florisvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0077881

Prontuário: 00030195-6

Idade: 34 ANOS, 2 MESES E 29 DIAS

Nome: CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA

Dt. Nasc.: 09/09/1983 - Sexo: F Est. Civil:

Endereço: RUA NOVA ESPERANÇA

CEP: 55128000

Cidade: RIACHO DAS ALMAS/PE

Bairro:

Nac:

Documento:

CNS:

Sispre natal:

Tel:

Mãe: MARINEIDE CAROLINA DA SILVA

Pai: AMARO FERREIRA DE LUCENA

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
08/12/2017 19:05	0077881	ACIDENTE DE MOTO

RE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
	1801PP	SP02: 98/100 P: 82 FC:		

Queixas / Diagnóstico

Acidente moto
Painel no corpo
fratura exposta punha
esquerda (FEMUR)

Tratamento

ML para o mto
T. cirúrgico
Volante de Dor
Linha: P270770
Hospital: HNA

Exames complementares

Exames complementares
"Exames 1 out 2017"

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

ADM MEDICAMENTO:

☐ CURATIVO☐ BÁSICO☐ ESP☐ NEBULIZAÇÃO☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

mhr

Consultas / Atendimento Médico:

☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

MÉDICO / CRM

Dr. Gleydson da Silva
CRM 22.714

HORÁRIO

Encaminhado

Removido

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

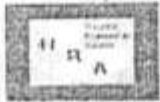
HORÁRIO

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Sexta-feira, 08 de Dezembro de 2017 às 19:05

Recepcionista: CLAUDIA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente
Sr.(a) CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA
Encontra-se internado desde o dia 08/12/2017.
(Sem Previsão de Alta)

REGISTRO: 310.492

Diagnostico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQUERDO.

Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO).

1.OBS.: CID 10 S72

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.



ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 14 de Dezembro de 2017

Vívia de Amorim Lira

Setor de arquivo(same)

000-00000 000-00000
000-00000 000-00000
000-00000 000-00000
000-00000 000-00000

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.

Atendimento: 374562

Pedido:



94858

Data Pedido: 09/01/2018

Controle: 76874

Paciente: 310492 CRISTINA MARINEIDE SILVA

Leito: 98 003-18

Unid. Intern: 8

ORTOPEDIA

Nascimento: 09/09/1983 (34a 4m 2d)

Local Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPEDIA II

Motor Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

Sexo: FEMININO

Convenio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: URGENCIA/EMERGENCIA

Observações

Motor Executante	0 - Não Informado			
Session Number	*Access N. Hex	Código	Descrição	Entrega
198070		910	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (AP)	09/01/2018
198071		911	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (PERFIL)	09/01/2018

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

RT: 374562

Nome:

CRISTINA MARINEIDE SILVA

Registro Nº:

310492

Clinica:

Ort D

Enfermaria:

Re Exmuse
RPOP

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR 2018

SEGURO DPVAT

09 JAN 2018

HOSPITAL REGI

Data

/ /

Médico - CRM

O primeiro Cigano é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza



Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Carolina Mamede do Soc

34 anos

Paciente interna. de acidente de
trato direito fêmur exposto
em perna esquerda (femur).

Paciente OTGpato

Unidade: P315470

Hospital: HAD



Dr. Kelly Lima da Silva
CRM: 10000
8/11/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.043/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	Tania ex Tania Silva
CRM Nº	11014 UF:
Endereço Completo:	H/A
Telefone:	37199400 Cidade: Cam UF: PE
Paciente:	Cristina Mariani de
Endereço:	Bela
Prescrição:	

Cipro 500g - 20x10
01 pp
12/12/23 por 10 dias

Data: 10/01/18

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo	
Ident	Org. Emissor
Cod. Completo	
Telefone	
Cidade	UF

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	
DATA: / /	

EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR 2018
SEGURO PRIVAT.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado

Cristina Norberto

portador da Carteira Profissional nº

série

necessita de

120 (cento e vinte)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença.

Fratura de fêmur (Operado)

H/A
Hospital ou Ambulatório

Pernambuco 10/01/18
Localidade e Data

[Assinatura]
ASS. do Médico - CRM Nº

EXCELSIOR SEGUROS
02 APR 2018
SEGURADOR

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.

ASH-0113726/18

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Arizente 1º de moto
08/12/2017
Frustrado
femur
abscissas
traumatismo
gicr
medico
fome
pico
aval
de
ci 1

Data

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 40660

O primeiro Cigarro é uma passagem para o ciclo
Eliada Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUN 2018
SEGURO DPVAT.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Cristina Moura de Silva

Prontuário:

310492

Data:

08/12/17

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura diafise
de fêmur

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ao ambulatório de
ortopedia com
15 dias

EXCELSIOR SEGUROS
12-ABR-2016

SEGURO PRIVADO

TRATAMENTO REALIZADO:

Realizada osteossíntese
com haste bloqueada

Alta Hospitalar: Data:

10/01/18

Hora:

HRA

Data: 28-02-18

hora: as 9 horas

Dr. Milton Barros

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Vitória, 22 de JUNHO 2018.

À

Seguradora Líder dos Consórcios Seguro DPVAT

Setor: Administrativo

Vítima: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

Sinistro: 3180 145970

Venho por meio desta, comunicar a Seguradora que sofri acidente dia 08/12/2017. Tive FRATURA DE FEMUR, fui submetida a procedimento cirúrgico devido à gravidade da minha lesão. Já foram enviadas todas as documentações médicas necessárias, onde constam as lesões e os tratamentos realizados. Estou com sequelas, e nem sequer a seguradora marcou perícia médica. Por esse motivo: peço reavaliação das minhas documentações médicas e pelo menos que, marquem a perícia médica, onde vão constatar as sequelas. Caso não tenha nenhuma resposta positiva estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço a sua compreensão.

Atenciosamente,



CRISTINA MANEIDE DA SILVA

CPFº.066.465.194-12

ASH-0113726/18

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Arizente 1º de moto
em 10/07/2018
Fratura
femur
aberto e
fratura
gripa em
nível do
tubo
pico
avaliado
de
CID 2018.4

Data

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 40660

O primeiro Cigarro é uma passagem para o ciclo
Elekta Monteiro de Souza

2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUN 2018
SEGURO DPVAT.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES,

RG nº 9.742.007, data de expedição 04/07/2013

Órgão SDSIPE, portador do CPF nº 122.415.074-07, com

domicílio na cidade de JABOATÃO DOS GUARARAPES, no Estado de PERNAMBUCO,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Tim Maia, n:85, CURADO V, nº 85,

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 CRISTINA MARINHEIRA DA SILVA cujo o condutor era

CRISTINA MARINHEIRA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA

Modelo: CG 150 TITAN EX

Ano: 2015/2015

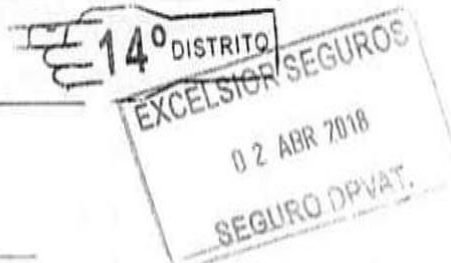
Placa: PDL-5998

Chassi: 9C2KC1660FR513153

Data do Acidente: 08 de 2017

Local e Data: 26/01/2018 Recife das Almas IPE

x Juliane C. da S. Lopes
Assinatura do Declarante



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



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Leiziane de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.350.264 / 76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Guilherme Maximiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.465.194 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Guilherme Maximiano da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.465.194 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Dr. José Rufino</u>		Número <u>897</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Cajá</u>	Cidade <u>Vitória</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55630-030</u>
Email <u>vitória.dpvat@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81)3526-3946</u>		Telefone celular (DDD) _____

Vitória/PE, 18 de fevereiro de 2018
Local e Data

Leiziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

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: 066 465 394-32 Nome completo da vítima: Cristiana Marimede da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cristiana Marimede da Silva	CPE titular da conta	066 465 394-32	Profissão	Amadora
Endereço	Rua São Sebastião	Número	27	Complemento	
Bairro	Loteo Nova Esperança	Cidade	Riacho das Almas	Estado	PE
Email	ritaria.dpvat@hotmail.com	CEP	55320-000	Telefone (DDD)	(81)3526-3946

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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO
Nome: NRO:

AGÊNCIA
NRO: 2778 D/V:
(Informar dígito se existir)

CONTA
NRO: 19351 D/V: 3
(Informar dígito se existir)

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.

Riacho das Almas, 19 de Fevereiro de 2018
Local e Data

x Cristiana Marimede 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 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0188000031**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às **16:50**

Complementa o BO Número: **17E0188000519**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/12/2017** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, RODOVIA PE-095 (AV. JOÃO SOARES)** - Bairro: **CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMIDADES DO SAMU**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / AV. JOÃO SOARES (RODOVIA PE-05) PROXIMIDADES DO SAMU**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR / AGENTE)
MARINEIDE CAROLINA DA SILVA (NOTICIANTE)
JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES (OUTRO)
EDJANE DA SILVA NECO (TESTEMUNHA)
CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**

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

CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARINEIDE CAROLINA DA SILVA** Pai: **AMARO PEREIRA DE LUCENA** Data de Nascimento: **9/9/1983** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6777014/SDS/PE (RG) 05763126200 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ACUPUNTURISTA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 27, RUA SÃO SEBASTIÃO, LOTEAMENTO NOVA ESPERANÇA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CAROLINA CAMILA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MARIANO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **8/6/1963** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, POVOADO DO RANGEL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

EDJANE DA SILVA NECO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, , SÍTIO SERRA VERDE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO PARQUE DE VAQUEJADA ÀS MARGENS DA PE-95**



JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSILENE FRANCISCA DA SILVA** Pai: **ALEXANDRE JOSÉ LOPES** Data de Nascimento: **8/5/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CANTOR TIM MAIA, 85 - CEP: 55000-000 - Bairro: CURADO IV - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDL5998** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2RC1660DF513153**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA, MODELO CG 150 TITAN EX, EM NOME DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL DE MARCA, PLACA E COR NÃO IDENTIFICADAS**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA. MARINEIDE CAROLINA DA SILVA, COMUNICANDO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA SUA PRÓPRIA FILHA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA, A QUAL SE ENCONTRA IMPOSSIBILITADA DE COMPARECER NO MOMENTO A ESTA DELEGACIA, CUJO FATO SE DEU COMO A NOTICIANTE PASSA A EXPOR: INFORMA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS, SUA REFERIDA FILHA TRAFEGAVA SENTIDO VILA DA COHAB NESTA CIDADE COM DESTINO AO LOTEAMENTO ONDE MORA, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO OPOSTO, ATIGIU A MOTOCICLETA NA PARTE LATERAL ESQUERDA DA MESMA, CAUSANDO DEVERSAS AVARIAS NA MOTOCICLETA, BEM COMO, RESULTOU NA QUEDA DA CONDUTORA (VÍTIMA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA) QUE SOFREU DIVERSAS LESÕES PELO CORPO, SENDO IMEDIATAMENTE SOCORRIDA PELO SAMU INICIALMENTE ATÉ A UNIDADE MISTA DE SAÚDE LOCAL CONFORME DECLARAÇÃO ORA APRESENTADA, DE ONDE FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE PERMANECE INTERNADA, REGISTRO DESTA NOSOCÔMIO Nº 310.492. ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO SE TEM NOTÍCIA DA IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO QUE COLIDIU COM A MOTOCICLETA, BEM COMO DE SEU CONDUTOR QUE NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO. ACRESCEMTO QUE A VÍTIMA É HABILITADA PARA DIRIGIR MOTOCICLETA E QUE A REFERIDA MOTOCICLETA SE ENCONTRA EM NOME DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES. ACRESCEMTO FINALMENTE QUE A VÍTIMA NÃO TEM PREVISÃO DE ALTA MÉDICA, PORTANTO, NÃO PODE COMPARECER NESTA DELEGACIA NO MOMENTO, TENDO A NOTICIANTE DECIDIDO POR REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DEVIDOS. NA DATA DE HOJE (26/01/2018), COMPARECEU NESTA DELEGACIA A NOTICIANTE MARINEIDE CAROLINA DA SILVA, A QUAL SOLICITOU COMPLEMENTAÇÃO NO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, ESTE QUE FOI RETIFICADO NO QUE SE REFERE A PROPRIEDADE DA MOTOCICLETA DE PLACA PDL-5998-PE, A QUAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO (CRLV) É DE PROPRIEDADE DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES, CUJA MOTOCICLETA POSSUI O SEGUINTE NÚMERO DE RENAVAN: 1060743431, E EQUIVOCADAMENTE TINHA SIDO CONSTADO QUE PERTENCIA À PESSOA DA VÍTIMA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO A PRESENTE COMPLEMENTAÇÃO.

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

Marineide Carolina da Silva

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SEVERINO JOSÉ DA SILVA** - Matrícula: **381066-6**

EXCELSIOR SEGURANÇA
02 ABR 2018
SEGURO DRIVE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS
ALMAS - DP98ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0188000519**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2017 às
10:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/12/2017 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1,
RODOVIA PE-096 (AV. JOÃO SOARES) - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS
ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMIDADES DO
SAMU
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL / AV. JOÃO SOARES (RODOVIA PE-05)
PROXIMIDADES DO SAMU

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR / AGENTE)
MARINEIDE CAROLINA DA SILVA (NOTICIANTE)
EDJANE DA SILVA NECO (TESTEMUNHA)
CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do Sr(a):
CRISTINA MARINEIDE DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
PESSOA NÃO IDENTIFICADA
SEGURO DPVAT

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

CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARINEIDE CAROLINA DA SILVA Pai: AMARO PEREIRA DE LUCENA Data de Nascimento:
9/9/1983 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6777914/999/PE
(RG), 05763426200 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: ACUPUNTURISTA
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 27, RUA SÃO SEBASTIÃO,
LOTEAMENTO NOVA ESPERANÇA - CEP: 9 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS
ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
CAROLINA CAMILA DA CONCEIÇÃO Pai: MARIANO JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento:



8/6/1963 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, POVOADO DO RANGEL -
CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EDJANE DA SILVA NEGO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, , SÍTIO SERRA VERDE - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO PARQUE DE
VAQUEJADA AS MARGENS DA PE-05

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CO 150** Objeto apreendido: Não
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDL5898** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2RC1660DF543453**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA, MODELO CO 150 TITAN EX, EM NOME DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL DE MARCA, PLACA E COR NÃO IDENTIFICADAS**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA. MARINEIDE CAROLINA DA SILVA, COMUNICANDO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA SUA FILHA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA, A QUAL SE ENCONTRA IMPOSSIBILITADA DE COMPARECER NO MOMENTO A ESTA DELEGACIA, CUJO FATO SE DESEJO A NOTICIANTE PASSA A EXPOR: INFORMA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS, SUA REFERIDA FILHA TRAFEGAVA SENTIDO VILA DA COHAS NESTA CIDADE COM DESTINO AO LOTEAMENTO ONDE MORA, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO OPOSTO, ATINGIU A MOTOCICLETA NA PARTE LATERAL ESQUERDA DA MESMA, CAUSANDO DIVERSAS AVARIAS NA MOTOCICLETA, BEM COMO, RESULTOU NA QUEDA DA CONDUTORA (VÍTIMA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA) QUE SOFREU DIVERSAS LESÕES PELO CORPO, SENDO IMEDIATAMENTE SOCORRIDA PELO SAMU INICIALMENTE ATÉ A UNIDADE MISTA DE SAÚDE LOCAL CONFORME DECLARAÇÃO ORA APRESENTADA, DE ONDE FOI REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE PERMANECE INTERNADA, REGISTRO DESTES NOSOCÔMIO Nº 340.492. ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO SE TEM NOTÍCIA DA IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO QUE COLIDIU COM A MOTOCICLETA, BEM COMO DE SEU CONDUTOR QUE NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO. ACRESCENTA QUE A VÍTIMA É HABILITADA PARA DIRIGIR MOTOCICLETA E QUE A REFERIDA MOTOCICLETA SE ENCONTRA EM NOME DE JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES. ACRESCENTA FINALMENTE QUE A VÍTIMA NÃO TEM PREVISÃO DE ALTA MÉDICA. PORTANTO, NÃO PODE COMPARECER NESTA DELEGACIA NO MOMENTO, TENDO A NOTICIANTE DECIDIDO POR REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DEVIDOS.

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

EXCELSIOR SEGUROS

12 ABR 2018

REGISTRO DE

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA

DELEGACIA



Marineide Carolina da Silva

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: *SEVERINO JOSÉ DA SILVA* - Matrícula: 321866-6



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309553/18

Número do Sinistro: 3180391607

Vítima: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

CPF: 066.465.194-12

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

CRISTINA MARINEIDE DA SILVA : 066.465.194-12

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018
Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 074.350.264-76

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA