

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: Serviços Gerais

Identidade: 6 777 014 SDS/PE CPF: 066 465 194-12

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

PROCURADOR:

Nome: LIZIANE DA OLIVEIRA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: SOLTEIRA

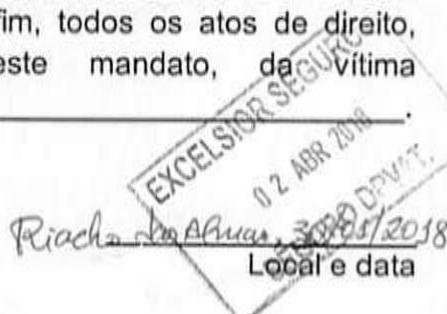
Profissão: Autônoma

Identidade: 7 801 456 SDS/PE CPF: 074 350 264-76

Endereço: Rua Dr. José Rufino Bequerre, 897-B, Coité, Município de Santo Antônio /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

Christina Marineide da Silva



Christina Marineide da Silva

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

Emolumentos R\$3,32 TSNR R\$0,66 Total a Pagar R\$3,98
RECONHECIDO, 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

Apá Leide da Silva
Tabelaria Pública de Notas, Oficial do
Registro Geral de Imóveis, da Títulos
e Documentos e Protesto, em Execu-
tas Almas — Pa-
cel. Joaquim Bezerra, 31 —
tas Almas

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:

ICHO-DAS ALMAS-PE

IDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Identificação: 00030495-6
 Nome: CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA
 Endereço: RUA NOVA ESPERANÇA
 Telefone: RIACHO DAS ALMAS/PE
 Documento: CNS:
 Nome: MARINEIDE CAROLINA DA SILVA
 Profissão:

Idade: 34 ANOS, 2 MESES E 29 DIAS
 Dt. Nasc.: 09/09/1983 Sexo: F Est. Civil:
 CEP: 55120000
 Nac:
 Tel.:
 Sisprénatal:
 Pai: AMARO PERREIRA DE LUCENA
 Responsável:



No. Ocorrência: 0077881

Últimas Ocorrências

Data	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
18:01:00	$SPO_2: 98.1$	P: 82	SC:	

Exames / Diagnóstico

Tratamento

Acidente Moto
 Ponto agudo
 rotura exposta perna
 ?grande (Femur)

SLR lombos
 + ondigo fratura
 Voltar regam
 Linha: 5315170
 Hospital: HNA

Exames complementares

Lorvente & orientado

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Estimativa:

Caminhado:

Movido:

Moto:

____ h ____ m do dia ____

Ita saída:

Ira 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 m/n

Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> observação básica	MÉDICO / CRM Dra. Letícia Anna da Silva CRM: 15.22074 HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

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

Recepção: CLAUDIA

 EXCELSIOR SEGUROS
 30 OUT 2016
 SEGURO VIDA

 EXCELSIOR SEGUROS
 SEGURO VIDA



Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE CONPRO
VAGÃO QUE A SRA. CRISTINA MARINGIDE SILVA
REALIZA FISIOTERAPIA Zx POR SEMPRE NO CENTRO
DE REABILITAÇÃO DE R. DAS ALMAS.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO,
SOFRER FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO COM
PRESENÇA DE HASTE PROTEGIDA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÉUTICA A PACIENTE
APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLEXÃO DO
JOELHO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE,
EDEME EM EXTREMIDADE E QUADRO ÁLGICO NO
DORSAL. E FAZ USO DE MOLDE CANADENSE.

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR APASTADA
DAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SEGUINCIAS
AO TTO FISIOTERAPÉUTICO;

R. DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr Florisvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/PE

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

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Cristina Marinho
Silva Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

Paciente vítima
acidente moto em
08/12/2017. Fract.
esq. femur e
02- dois ferimentos
cúrgicos. Fract.
anulotubular o
frontoparietal. + ADH
polos e.
Plano: Sair-Lo
após deixa os tra-
balhos por 6 (seis
meses) 2094

Data 28/2/2018

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

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

1º Lugar

2º Concurso 89

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

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Cristina Marinho
Silva Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

Accidente de moto
em 08/12/2017.
Fractura esq.
femur exposta
subluxado e
fratilamento luxa-
tico. Em Anest-
esia médica ambule-
torial e fisiotera-
pico. Sair-
anal. para fins
de direito
cid: 2094

Data

29/03/2018

Nilton Pereira de Burros
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 10660
Médico - CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89

OH

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

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado

Cristina Noriega

portador da Carteira Profissional nº

série _____, necessita de 30 (trinta)

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

Franja do Pé (Óssea)

HNT

Hospital ou Ambulatório

Pern 01/01/18

Localidade e Data

ASS. do Médico - CRM N°

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 SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. CARLOS TORCER

R. das Expedidoras, 10 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722-4733 - Fax: (81) 3721-2188
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que

não foi exibido; dou fé.

Seio: 0073718.EBX12201705.01449

Caruaru/PE, 01/01/2018 14:22:10. Em testemunha da verdade.

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente

Etnol./R\$ 3,07 - TSNR R\$ 0,68 - Total R\$ 4,09 Op. 23





Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Carolina Marinho da Silva

34 anos

Paciente fêmea. De ocidente de
nascido operado fratura exp. do
enorme esquerdo (femur).

Paciente Operada

Larva: P318470

Hospital: HAD

Dr. Kely Lira da Silva
CRM: 22053

8/12/17



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE**

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

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR ESQUERDO.

Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO).

1.0BS : CID 10 S72

3 OBS : VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 14 de Dezembro de 2017

Vivja de Amorim Lira

Sator de arquivô(same)

44 - 2011

Digitized by srujanika@gmail.com

Atendimento: 374562

Pedido: 
94858

Data Pedido: 09/01/2018

Controle: 76874

Paciente: 310492 CRISTINA MARINEIDE SILVA
Leito: 98 003-18 Unid. Intern: 8
Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPEDIA II
Setor Executante: RADIOLOGIA
Convenio: SUS - INTERNACAO
Molho: URGENCIA/EMERGENCIA

ORTOPEDIA

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

Sexo: FEMININO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

Observações

Médico Executante:	0 - Não Informado	Entrega
Accession Number	*Access N. Hex.	Código Descrição
198070	30584	910 RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (AP)
198071	30587	911 RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (PERFIL)

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

RECEITUÁRIO

Unidade: RT 1374862
Nome: CRISTINA MARINEIDE
CPF: Registro N°: 310492
Clínica: D14 Enfermaria:

Chilton Ribeiro Oliveira
CRM 20361

09 JUN 2018

HOSPITAL REGI

Data ____ / ____ / ____

Médico - CRM

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. REINAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 1060743431 ***** 2017

NOME:
JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES

JAB GUARARAPES-PE

CPF / CNPJ: 122.415.074-07 PLACA: PDL5998
PLACA ANTO/UF: 9C2KC1660FR513153 CHASSI:

ESPECIE TIPO: PAS /MOTOCICLISTA COMBUSTIVEL: 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

I	IPVA 2017 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P			1*****
V	FADA IPVA: 1	PAGAMENTO / COTAS	2***** 3*****
A			

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES:
AL. FID. BANCO HONDA SA

JAB GUARARAPES DATA: 06/05/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PÓR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013433025826 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES
RUA TIM MAIA 85 CURADO JAB GUARARAPES-PK 54275-050

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 CÓD. REINAVAM PLACA: 1 122.415.074-07 PDL5998

PLACA ANTO/UF: 1060743431 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB: 2015 CAS TARE: 09 N° CHASSI: 9C2KC1660FR513153

PRÉMIO TARIFÁRIO
FNB (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO PAGAMENTO CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) COTA A SER PAGO PELO TRÂNSITO (R\$)
COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE CORTAÇÃO

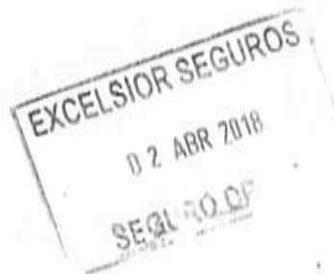
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

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



EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR 2018
SEGURO DPVAT



ICHO-DAS ALMAS-PE

IDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Identificação: 00030495-6
 Nome: CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA
 Endereço: RUA NOVA ESPERANÇA
 Telefone: RIACHO DAS ALMAS/PE
 Documento: CNS:
 Nome: MARINEIDE CAROLINA DA SILVA
 Profissão:

Idade: 34 ANOS, 2 MESES E 29 DIAS
 Dt. Nasc.: 09/09/1983 Sexo: F Est. Civil:
 CEP: 55120000
 Nac:
 Tel.:
 Sisprénatal:
 Pai: AMARO PERREIRA DE LUCENA
 Responsável:



No. Ocorrência: 0077881

Últimas Ocorrências

Data	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
18:01:00	$SPO_2: 98.1$	P: 82	SC:	

Exames / Diagnóstico

Tratamento

Acidente Moto
 Ponto agudo
 ótima exposição
 quando (Feminino)

ML for elmo
 Torniquete fixado
 Voltar regam
 Linha: 5315170
 Hospital: HNA

Exames complementares

Lorvente & orientado

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Estimativa:

Caminhado:

Movido:

Moto:

____ h ____ m do dia ____

Ita saída:

Ira 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 m/n

Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação especializada
	CRM: 11.0000.0000.0000.0000 HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

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

Recepção: CLAUDIA

 EXCELSIOR SEGUROS
 30 OUT 2016
 SEGURO VIDA

 EXCELSIOR SEGUROS
 SEGURO VIDA



Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE CONPRO
VAGÃO QUE A SRA. CRISTINA MARINGIDE SILVA
REALIZA FISIOTERAPIA Zx POR SEMPRE NO CENTRO
DE REABILITAÇÃO DE R. DAS ALMAS.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO,
SOFRER FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO COM
PRESENÇA DE HASTE PROTEGIDA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÉUTICA A PACIENTE
APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLEXÃO DO
JOELHO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE,
EDEME EM EXTREMIDADE E QUADRO ÁLGICO NO
DORSAL. E FAZ USO DE MOLDE CANADENSE.

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR APASTADA
DAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SEGUINCIAS
AO TTO FISIOTERAPÉUTICO;

R. DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr Florisvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/PE

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

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Cristina Marinho
Silva Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

Paciente vítima
acidente moto em
08/12/2017. Fract.
esq. femur e
02- dois ferimentos
cúrgicos. Fract.
anulotubular o
frontoparietal. + ADH
polos e.
Plano: Sair-Lo
após deixa os tra-
balhos por 6 (seis
meses) 2094

Data 28/2/2018

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

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

1º Lugar

2º Concurso 89

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

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Cristina Marinho
Silva Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

Accidente de moto
em 08/12/2017.
Fractura esq.
femur exposta
subluxado e
fratilamento luxa-
tico. Em Anest-
esia médica ambule-
torial e fisiotera-
pico. Sair-
anal. para fins
de direito
cid: 2094

Data

29/03/2018

Nilton Pereira de Burros
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 10660

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

1º Lugar

2º Concurso 89

OH

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

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado

Bruno Vazquez
Silviano portador da Carteira Profissional nº

série _____, necessita de 30 (trinta)

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

HNT

Hospital ou Ambulatório

Pernam 01/01/18
Localidade e Data

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 SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. das Expedidoras, 102 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722-4733 - Fax: (81) 3721-2188
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que

não foi exibido; dou fé.
Sel.: 0073718.EBX12201705.01449

Caruaru/PE, 01/01/2018 14:22:10. Em testemunha da verdade.

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Entol. R\$ 3,07 - TSNR R\$ 0,68 - Total R\$ 4,09 Op. 23





Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Carolina Marinho da Silva

34 anos

Paciente fêmea. De ocidente de
mão esquerda fratura exp. do
esqueleto em grande (femur).

Paciente OT operado

Larva: P318470

Hospital: HAD

Dr. Kely Lira da Silva
CRM: 22053
8/12/17



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE**

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

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR ESQUERDO.

Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO).

1.0BS : CID 10 S72

3 OBS : VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 14 de Dezembro de 2017

Vivja de Amorim Lira

Sator de arquivô(same)

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

Atendimento: 374562

Pedido: 
94858

Data Pedido: 09/01/2018

Controle: 76874

Paciente: 310492 CRISTINA MARINEIDE SILVA
Leito: 98 003-18 Unid. Intern: 8
Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPEDIA II
Setor Executante: RADIOLOGIA
Convenio: SUS - INTERNACAO
Molho: URGENCIA/EMERGENCIA

ORTOPEDIA

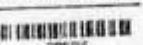
Nascimento: 09/09/1983 (34a 4m 2d)

Sexo: FEMININO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

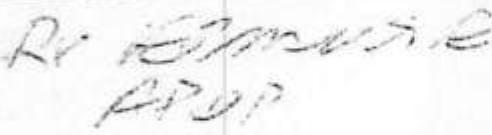
Observações

Médico Executante:	0 - Não Informado	Entrega		
Accession Number	*Access N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
198070	 30584	910	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (AP)	09/01/2018
198071	 30587	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 1374862
Nome: CRISTINA MARINEIDE
CPF: Registro N°: 310492
Clínica: D14-2 Enfermaria:


Chilton Ribeiro Oliveira
CRM 20361

09 JUN 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/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 fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Biziane de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 074 350 264 / 76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Biziane Marleneide da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066 465 194 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Biziane Marleneide da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066 465 394 / 32, 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 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	Rua Dr. José Rufino	Número	897	Complemento	B
Bairro	Cajá	Cidade	Vitoria	Estado	PE
Email	vitoria.dpvat@hinetmail.com	Telefone comercial(DDD)	(81)3526-3946	Telefone celular (DDD)	55630-030

Vitoria/PE, 18 de Fevereiro de 2018
Local & Data

Biziane 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? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] 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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

joelho esquerdo

% 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

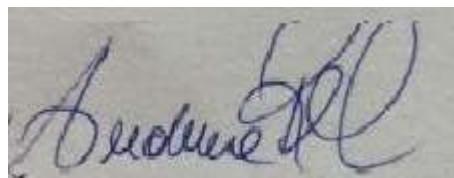
Região Corporal

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

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 Marineide da Silveira,

RG nº 6777034, data de expedição ____/____/____, Órgão SDS/PE,

CPF nº 066 465 394-32, 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 Nossa Esperança</u>
Cidade	<u>Riacho das Almas</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55320-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)3526-3946 / 9-9660-4706</u>
E-mail	<u>vitoria.silva@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Riacho das Almas - PE, 19/02/2018

Assinatura do Declarante:

Cristina marineide da silveira



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.418, de 26/01/02
NUTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Pernambucana de
Águas e Saneamento - C.P.A.S.
Av. João de Barros, 711, Boa Vista, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.827/0001-03 | Inscrição Estadual: 0038043-83 | www.cpas.com.br

DADOS DO CLIENTE
CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO SEBASTIÃO 27

CPN 066 465 194-12

CLASSIFICAÇÃO
DI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MUNICIPAL

Nº DANDO FISCAL	Nº DO CLENTES	Nº DA INSCRIÇÃO
001257812	0011863188	4161784

CONTA CONTRATO
7024592191

MES/ANO
10/2017

PRAZO DE VENCIMENTO
20/10/2017

DIA PRAZO PAGAR FOLHA LESTURA
14/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

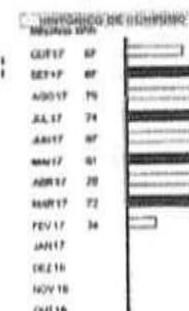
53,57

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MVR)	67.000,000	0,70146028	48,05
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,04
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,79
Contribuição Ruramento PÚBLICA			1,26
ICMS Subvenção-CDE-NF 002290009- 16/08/17			0,58
Multa por atraso-NF 002290009- 16/08/17			1,00
Juros por atraso-NF 002290009- 16/08/17			0,68
Atualização ICPI-M-NF 002290009- 16/08/17			0,27

TOTAL DA FATURA

63,57

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ESIA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR RESUMO	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA 19-03-2017	LEITURA \$ 990,00	ATUAL DATA 14-04-2017	LEITURA \$ 100,00	Nº DE ENQ	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WHR)
						25	122300		87,00



INSCRIÇÕES DE TRIBUTOS:			COMPOSIÇÃO DO CRUZAMENTO:	
	%	VOLUME FISCAL DEPOSITADO	GARANTIA DE FONTE	R\$
ICMS	48,82	26,09	12,40	R\$ 14.05
PIS	48,82	1,17	0,58	R\$ 1,04
COFINS	48,82	5,31	2,65	R\$ 10,75
			Patrocínio	R\$ 7,23
			Exercício anterior	R\$ 4,76
			Fornecedores	R\$ 15,04
			Outros	R\$ 65,87
Total:				R\$ 99,56

Conforme o Anexo 01

EXCELSIOR FOLHADORES - 02 ABR 2018 - VERSÃO DEVAT

ATENÇÃO! A CEL DE INFECTADA QUE VOCÊ POSSUI CONTAGIA EM ABERTO

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&term=1000000>

Introduzione
Struttura
Metodo
Analisi

Por traves das rôles propostos/fixados, os formadores de opinião e os agentes de consumo exercerão
atividade comuns ao longo do processo de medição da produtividade por FPC, no âmbito da sua
atuação profissional e de forma voluntária.

THE JOURNAL OF CLIMATE, VOLUME 17,
1 JULY 2004
ISSN: 0890-3396
CODEN: JCLIAB
ISSN: 1520-0442
CODEN: JCLIAB
10.1175/1520-0442(2004)017<0001:JOC>2.3.CO;2
© 2004 American Meteorological Society

LIMITE DE VARIAÇÃO (%)		
	ALTO	BOM
100	207	231

EINWÄGE IN PFERDEPUNZEN DER PREISSTABILISATION				
ESSENZIELLE HAUPTARTS ALIMENTA	TEIGE KUCHEN BACKWAREN	LIMITE BROT	LIMITE TEIGWAREN	LIMITE GETREIDE
BMG	0,60	0,75	12,00	34,00
FIC	0,60	0,75	4,00	12,00
DHfK	0,60	0,75	0,00	3,00
Länderdurchs.		0,60	10,00	12,00



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, as 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

Dra. Ana Carolina Vasconcelos
Enfermeira
COREN-PE: 321.321

Coordenador Municipal da Base



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradonalider.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	CPF da Vítima	Data do Acidente
CRISTIÑA MACHINIDE DA SILVA	066.465.194-12	08-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

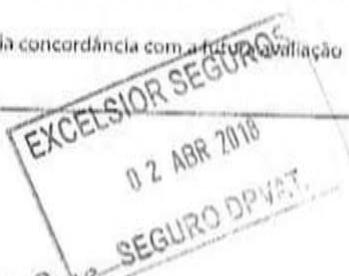
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.

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 Lider 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.



Rio de Janeiro, 26 de Março

Local e Data

Cristina Machinide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DATA: 001 0001/2017

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 - DP98ºCIRC
DINTER1/14ºDESEC

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 - Culposo (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) PROCIMDADES 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 (VITIMA)



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: **1º. 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: **AUTOMOVEL/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 OPPOSTO, ATIGIU A MOTOCICLETA NA PARTE LATERAL ESQUERDA DA MESMA, CAUSANDO DEIVERSAS 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 DESTE 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. ACRESCENTA QUE A VÍTIMA É HABILITADA PARA DIRIGIR MOTOCICLETA E QUE A REFERIDA MOTOCICLETA SE ENCONTRA EM NOME DE JAULIANE 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. 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 RETITIFICADO 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 A 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
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0188000519

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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-06)
PROXIMIDADES DO SAMU

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

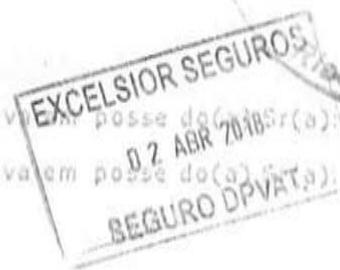
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês: MARINEIDE CAROLINA DA SILVA Pai: AMARO PEREIRA DE LUCENA Data da Nascimento: 9/9/1983 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6777614/809/PE (RG), 05763426200 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ACUPUNTURISTA
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 27, RUA SÃO SEBASTIÃO, LOTEAMENTO NOVA ESPERANÇA - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

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



8/6/1963 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, Povoado do Rangel -
 CEP: 56600-000 - 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: MUNICÍPIO DE CARUARU, SITIO SERRA VERDE - CEP: 55600-000 -
 Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO PARQUE DE
 VAQUEJADA ÀS MARGENS DA PE-96

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/MONDA/CO 150 Objeto apreendido: Não
 Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDL5808 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: BC2RC1660DF543153
 Ano/Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL
 Descrição: MOTOCICLETA MONDA, 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

EXCELSIOR SEGUROS

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA. MARINEIDE CAROLINA DA SILVA, NOMEADA VÍTIMA, COMUNICANDO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA SUA PROPRIATÁRIA FILHA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA, A QUAL SE ENCONTRA IMPOSSÍVEL IDENTAÇÃO DE COMPARECER NO MOMENTO A ESTA DELEGACIA, CUJO FATO SE DESENVOLVIMENTO 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 OPÔSTO, ATINGIU A MOTOCICLETA NA PARTE LATERAL ESQUERDA DA MESMA, CAUSANDO DEIVERSAS AVARIAS NA MOTOCICLETA, BEM COMO, RESULTOU NA QUEDA DA CONDUTORA (VÍTIMA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA) QUE SOFREU DEIVERSAS 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-PB, ONDE PERMANECE INTERNADA, REGISTRO DESTE NOSOCÓMIO N° 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. ACRESCENTA QUE A VÍTIMA É HABILITADA PARA DIRIGIR MOTOCICLETA E QUE A REFERIDA MOTOCICLETA SE ENCONTRA EM NOME DE JAULIANE 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



Marineide Casalinda Silva

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SEVERINO JOSÉ DA SILVA** - Matrícula: 321066-6



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.

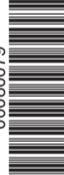
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



**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

066 465 394-32

Nome completo da vítima

Cristina Maraneide da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cristina Maraneide da Silva		CPF titular da conta	066 465 394-32	Profissão	Serviço social
Endereço	Rua São Sebastião	Número	27	Complemento		
Bairro	Lotto Maria Esperança	Cidade	Riacho das Almas	Estado	PE	
Email	victoria.dpvat@hotmail.com		CEP	55320-000	Telefone (DDD)	(81) 3526-1946

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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2778 D/V _____ CONTA NRO. 19351 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.

Riacho das Almas, 19 de Fevereiro de 2018

Local e Data

x Cristina Maraneide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR 2018
SEGURO DP^{100%}

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.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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



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

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

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Sílvia

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Avisante de moto
em 08/12/2017.
Fratura exposta
femur exposta
golpeando o
trotinete cura -
gico. Em Ambu -
medico ambulante
favela, favela
poco. Sobre jin
de direito
CID: 2094

Data

29/03/2018 Nilton Pereira de Barros
CRM: 10669
Ortopedia e Traumatologia

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

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURÓ DPVAT.

1º Lugar

2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL 2018
SEGURO DO PACIENTE

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

Receituário

DECLARAÇÃO

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

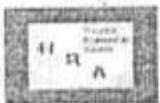
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO,
SOfreu FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO com
PRESENÇA DE HASTE BLOQUEADA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÉUTICA A PACIENTE
APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLERAÇÃO DO
JOELHO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE,
EDEMA EM EXTREMIDADE E QUADRO ÁLGICO MA-
DERRADO. E FAZ USO DE MOLDE CANADENSE.

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR APASTADA
DAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SUCCESSIONA
AO TTO FISIOTERAPÉUTICO;

R. DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr Florisvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/PE



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

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)

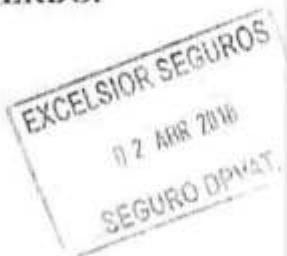
REGISTRO: 310.492

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQUERDO.

Tratamento: CIRÚRGICO (AGUARDANDO).

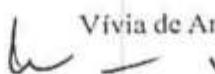
1.OBS.: CID 10 S72

2.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.



ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 14 de Dezembro de 2017

 Viviane de Amorim Lira

Sector de arquivo(same)

000-00000 000-00000
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
Local Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Autor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPEDIA II
Local Executante: RADIOLOGIA
Convenio: SUS - INTERNACAO
Motivo: URGENCIA/EMERGENCIA

ORTOPEDIA

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

Sexo: FEMININO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

Observações

Co Executante				0 - Não Informado
mission Number				Entrega
Co Executante	0 - Não Informado	Entrega		
mission Number	*Access N. Hex	Código	Descrição	Entrega
198070	0100000000000000	910	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (AP)	09/01/2018
198071	0100000000000000	911	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (PERFIL)	09/01/2018

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

RECEITUÁRIO 118

Unidade: 374562
Nome: CRISTINA MARINEIDE
Registro Nº: 310492
Clínica: Qd D Enfermaria:



HOSPITAL REGI

Data: / /

Médico - CRM

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



Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Catharine Mannette as Alice

34 out

Pacientes internos de acuerdo con
nuestros operarios tienen signos
en pura etapa aguda (femenino).

Peter O'Higginson

Line: 5318410

Wortspiel: HAD



Dr. 2 weeks, 1.8 ml/hr. slow
1000-1000
COPD
8/13/17



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
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:

CRM Nº

Endereço Completo:

Telefone:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

Câmbio e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Ident.

Órgão Emissor

End. Completo:

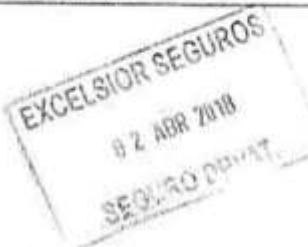
Telefone:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: / /



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

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado

Cristina Moreira
Silviano 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.

Franca de Férrer (Operação)

HNA
Hospital ou Ambulatório

Pernam 6/01/18
Localidade e Data

ASS. do Médico - CRM Nº

EXCELSIOR SEGUROS
02 APR 2018
SEGURADORA

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

ASL-0113726/18 RECEITUÁRIO ASL-0113726/18

raianne.barbosa
15/06/2018

Unidade:

Nome:

Clínica:

Registro N°:

Enfermaria:

Avaliação: 100% moto
Acidente 15/06/2018
cen 15/06/2018
Fratura 08:25:34
femur exposto

ASL-0113726/18
raianne.barbosa
15/06/2018

golpe na face
fractura ASL-0113726/18
ptos. raianne.barbosa
axial 15/06/2018
de 2018
cid 20014

ASL-0113726/18
raianne.barbosa
15/06/2018 08:25:34

Data:

O primeiro Clássico é uma passagem para o clássico
Eleida Monteiro de Souza

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 00669

2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUN 2018

SEGURO DPVAT.

15/06/2018 08:25:34

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Cristina Moura de Souza

Prontuário:

310192

Data: 08/12/17

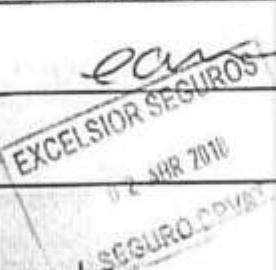
Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Traumatismo diafrágico
de fêmea

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ao ambulatório do
ortopedia em
15 dias



TRATAMENTO REALIZADO:

Reabilitação osteossíntese
com haste ilíaca

Alta Hospitalar: Data:

HRA

08/01/18

Hora: _____

28-02-18

as 9 horas

Dra. Mirtom Barros

Ass. do Mecônico e CRM
conforme

Vitória, 22 de JUNHO2018.

À

Seguradora Lider dos Consórcios Seguro DPVAT

Sector: Administrativo

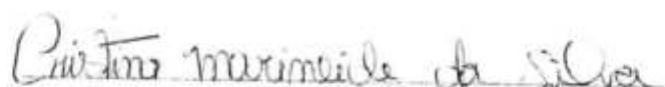
Vítima: CRISTINA MARNEIDE DA SILVA

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 medicas necessárias, onde constam as lesões e os tratamentos realizados. Estou com sequelas, e nem sequer a seguradora marcou perícia medica. Por esse motivo: peço reavaliação das minhas documentações medicas e pelo menos que, marquem a perícia medica, 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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES,
RG nº 9.742.007, data de expedição 04/07/2013
Órgão SOSIPE, portador do CPF nº 122.415.074-07, com
domicílio na cidade de JABOTABÉ DOS GUARANHAPES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Tim Maia, n° 85, CEARDO 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 MARINÉIDE DA SILVA cujo o condutor era
CRISTINA MARINÉIDE DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA

Modelo: CG 150 TITAN EX

Ano: 2015/2015

Placa: PDL- 5998

Chassi: 9C2KC 1660 FR S13153

Data do Acidente: 08 Dez 2017

Local e Data: 26/01/2018 Ruas das Almas / PE

x JULIANE C. da S. LOPES

Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VILA NOVA) - RECIFE-PE
Avenida Carneiro, 3489 - Jardim da Cidade - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3222-2000 - RECIFE-PE

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES
lançada em minha presença, em 26 de Janeiro de 2018.
Recife, 26 de Janeiro de 2018. Em testemunha da verdade,
Dangelo Manoel de Souza (Escrivão Autorizado)
End.: R\$ 3,99 ISSR: R\$ 0,80 Total: R\$ 4,79
Selo 0076240.FAV01201805.00310

14º DISTRITO
REC. REGISTRO CIVIL
RECIFE-PE

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 fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Biziane de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 074 350 264 / 76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Biziane Marleneide da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066 465 194 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Biziane Marleneide da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066 465 394 / 32, 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 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	Rua Dr. José Rufino	Número	897	Complemento	B
Bairro	Cajá	Cidade	Vitoria	Estado	PE
Email	vitoria.dpvat@hinetmail.com	Telefone comercial(DDD)	(81)3526-3946	Telefone celular (DDD)	55630-030

Vitoria/PE, 18 de Fevereiro de 2018
Local & Data

Biziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

**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

066 465 394-32

Nome completo da vítima

Cristina Maraneide da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cristina Maraneide da Silva		CPF titular da conta	066 465 394-32	Profissão	Serviço social
Endereço	Rua São Sebastião	Número	27	Complemento		
Bairro	Lotto Maria Esperança	Cidade	Riacho das Almas	Estado	PE	
Email	victoria.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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2778 D/V _____ CONTA NRO. 19351 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.

Riacho das Almas, 19 de Fevereiro de 2018

Local e Data

x Cristina Maraneide da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR 2018
SEGURO DP^{100%}



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98ºCIRC
DINTER1/14ºDESEC

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 - Culposo (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) PROCIMDADES 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 (VITIMA)



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: **1º. 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: **AUTOMOVEL/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 OPPOSTO, ATIGIU A MOTOCICLETA NA PARTE LATERAL ESQUERDA DA MESMA, CAUSANDO DEIVERSAS 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 DESTE NOSOCÓMIO 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. ACRESCENTA QUE A VÍTIMA É HABILITADA PARA DIRIGIR MOTOCICLETA E QUE A REFERIDA MOTOCICLETA SE ENCONTRA EM NOME DE JAULIANE 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. 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 RETITIFICADO 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 A 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
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0188000519

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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-06)
PROXIMIDADES DO SAMU

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

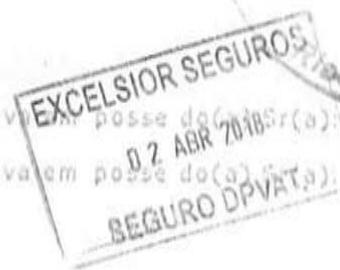
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês: MARINEIDE CAROLINA DA SILVA Pai: AMARO PEREIRA DE LUCENA Data da Nascimento: 9/9/1983 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6777614/809/PE (RG), 05763426200 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ACUPUNTURISTA
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 27, RUA SÃO SEBASTIÃO, LOTEAMENTO NOVA ESPERANÇA - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

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



8/6/1963 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, Povoado do Rangel -
 CEP: 56600-000 - 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: MUNICÍPIO DE CARUARU, SITIO SERRA VERDE - CEP: 55600-000 -
 Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO PARQUE DE
 VAQUEJADA ÀS MARGENS DA PE-96

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/MONDA/CO 150 Objeto apreendido: Não
 Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDL5808 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: BC2RC1660DF543153
 Ano/Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL
 Descrição: MOTOCICLETA MONDA, 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

EXCELSIOR SEGUROS

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRA. MARINEIDE CAROLINA DA SILVA, NOMEADA VÍTIMA, COMUNICANDO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA SUA PROPRIATÁRIA FILHA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA, A QUAL SE ENCONTRA IMPOSSÍVEL IDENTAÇÃO DE COMPARECER NO MOMENTO A ESTA DELEGACIA, CUJO FATO SE DESENVOLVIMENTO 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 OPÔSTO, ATINGIU A MOTOCICLETA NA PARTE LATERAL ESQUERDA DA MESMA, CAUSANDO DEIVERSAS AVARIAS NA MOTOCICLETA, BEM COMO, RESULTOU NA QUEDA DA CONDUTORA (VÍTIMA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA) QUE SOFREU DEIVERSAS 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-PB, ONDE PERMANECE INTERNADA, REGISTRO DESTE NOSOCÓMIO N° 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. ACRESCENTA QUE A VÍTIMA É HABILITADA PARA DIRIGIR MOTOCICLETA E QUE A REFERIDA MOTOCICLETA SE ENCONTRA EM NOME DE JAULIANE 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



Marineide Casalinda Silva

MARINEIDE CAROLINA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: SEVERINO JOSÉ DA SILVA - Matrícula: 321066-6



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2017

Titular do CPF: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA