



Número: **0000052-16.2020.8.17.3180**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Riacho das Almas**

Última distribuição : **29/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CRISTINA MARINEIDE DA SILVA (AUTOR)		SEVERINO ROBERTO DA SILVA NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65606361	31/07/2020 15:21	ANEXO 1	Outros (Documento)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: CRISTINA MARINCEDE DA SILVA
Nacionalidade: Brazileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 677704 SDS/PE CPF: 066 465 144-12
Endereço: Rua São Sebastião, 27, Lote Nova Esperança, Recife, PE

PROCURADOR:

Nome: LIZIANE DG OLIVEIRA SILVA
Nacionalidade: Brazileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 7801 456 SDS/PE CPF: 074 350 264-76
Endereço: Rua Dr. Manoel Rufino Bezerra, 577-B, Lapa, 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, 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 Cristina Marcincede da Silva

Recife, Indenização 08/07/20
Local e data

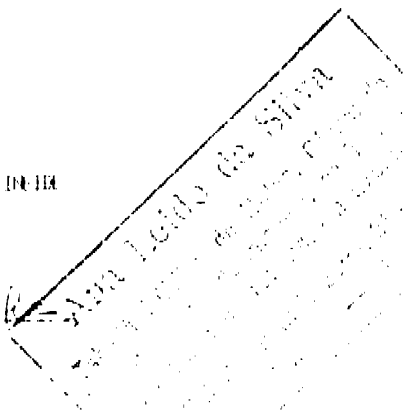
Cristina Marcincede da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

Instrumento 14132 - 1288 BTO, 06 - 10/07/2020 - 15:21:47
RECEBIDO, por autenticidade (da) firmada por CRISTINA MARINCEDE DA SILVA, inscrita no CPF nº 066.465.144-12
data 06/07/2020 às 15:21:47

Em 06/07/2020, de 15:21:47

Ante a Lei da Silva



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

LETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0077881

ontuário:00030495-6

Idade:34 ANOS, 2 MESES E 29 DIAS

me:CRISTIANA MARINEIDE DA SILVA

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

dereço:RUA NOVA ESPERANÇA

CEP 55120000

idade:RIACHO DAS ALMAS/PE

Bairro:

Nac:

documento:

CNS:

Sisprenatal:

Tel:

le:MARINEIDE CAROLINA DA SILVA

Pai:AMARO PERREIRA DE LUCENA

ofissão:

Responsável:

timas 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
	130/90	SP02: 98-1 P: 82 FC:		

exixas / Diagnóstico

Tratamento

Acidente motor
Ponto de impacto
vitrô quebrado para
esquerda (FEMUR)

ML do antebraço
fratura
Vitrô quebrado
Linha: 5375970
Hospital: HIA

ames complementares

Impressão diagnóstica

CIX

comum e antebraço

ativo da saída:

residência ☐ Internado ☐

ustificativa:

caminhado:

movido:

rito:

h m do dia

ita saída:

ira saída:

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

Responsável: CLAUDIA

☐ CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP	TÉCNICO / COREN
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada		MÉDICO / CRM [assinatura] HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO





Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

DECLARAÇÃO

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO,
SÓFREV FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO COM
PRESENÇA DE HASTE PROLAPADA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA A PACIENTE
APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLEXÃO DO
JOELHO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE,
EDEMA EM EXTREMIDADE E QUANDO ALGUM MO-
DERADO. E FAZ USO DE MOLETA CANADENSE.

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

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:	<i>Elaida Monteiro de Souza</i>
Registro Nº:	
Clinica:	Enfermaria:
<i>Exame físico realizado em 08/12/2017. Paciente com queixa de dor no membro superior direito, com trauma de 07/12/2017. Exame físico: membro superior direito com dor à palpação, edema e hematoma no antebraço. Radiografia de antebraço e punho direito com fratura de rádio distal. Tratamento: analgésicos, gelo e imobilização com gesso. Evolução satisfatória. Retorno em 15 dias.</i>	
Data:	<i>08/12/2017</i>
Dr. Nilton Pereira Ortopedia - Traumatologia CRM - 10650 Médico - CRM	
O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício Elaida 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:	<i>Elaida Monteiro de Souza</i>
Registro Nº:	
Clinica:	Enfermaria:
<i>Exame físico realizado em 08/12/2017. Paciente com queixa de dor no membro superior direito, com trauma de 07/12/2017. Exame físico: membro superior direito com dor à palpação, edema e hematoma no antebraço. Radiografia de antebraço e punho direito com fratura de rádio distal. Tratamento: analgésicos, gelo e imobilização com gesso. Evolução satisfatória. Retorno em 15 dias.</i>	
Data:	<i>08/12/2017</i>
Nilton Pereira de Barros Ortopedia - Traumatologia CRM - 10650 Médico - CRM	
O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício Elaida 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 Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior

123456789 portador da Carteira Profissional nº

123456789 série

, necessita de 120

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

123456789
Hospital ou Ambulatório

12/01/2018
Localidade e Data

123456789
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.

123456789

Bel. GEMELLI TOLOADO

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

Emit. 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

Carthana Mamede do Nascimento
34 anos

Paciente atendida de acordo com
nódo oporético fígado direito
e esquerdo (Fígado).

Paciente OTipulato

Unidade: P319470
Hospital: HAD

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
31/07/2020 15:21:47





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

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

Vivia de Amorim Lira

Setor de arquivo(s)me)

[illegible]

000-00000 47 5106000000



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
 NULAM - Sistema Diagnóstico por Imagem
 Imprimante de Pedido de Exames

Página 1 de 1
 Emitido por IRANICEBSG
 Em 09/01/2018 21:56

Atendimento: 374562 Pedido:  94858 Data Pedido: 09/01/2018 Controle: 75874
 Paciente: 310492 CRISTINA MARINHO DE SILVA Nascimento: 09/09/1983 (34:4 An 2d)
 Sexo: FEMININO
 Leito: 98 QUS-18 Unid Intern: 9 ORTOPEdia
 Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
 Autor Solicitante: ALA DIREITA ORTOPEdia II Local: SALA DE EXAME
 Setor Executante: RADIOLOGIA PRMO PLANO UNICO
 Convenio: SUS - INTERNACAO
 Motivo: URGENCIA/EMERGENCIA

Observações					Linha
Item	Executante	0 - Não Informado			
Accession Number	Access	Ex	Has	Descrição	
198070				910 RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA (AP)	09/01/2018
198071				911 RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA (PERFIL)	09/01/2018

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

RECEITUÁRIO

Unidade: ALTA
 Nome: CRISTINA MARINHO DE SILVA
 Registro Nº: 310492
 Clínica: 98 QUS-18 Enfermaria:

CHAURO JORGE DE MELLO JUNIOR
 CRM 25581
 09/01/2018

HOSPITAL REGH

Data: 09/01/2018

Méico - CRM



DISSOLUÇÃO DE CONTRATO DE SEGURO

1 1060740431 00000000000000000000

JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES

JAR GUARARAPES-PE

122 415.074-07 PD15498

*****/PK 9C2KCL660FR513153

PAS /MOTOCICLETA ALCO/CAGOL

2004/00 150 TITAN EX 2004 2004

2P/149CL PARTIC VERMELHA

DPVA 2017 QUITADO *****

1 *****

SEGURO PAGO

AL FID. BANCO HONDA SA

JAR GUARARAPES 06/05/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor 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

RECEITA DE PAGAMENTO DE SEGURO
01 JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES
SIN. V. H. 0014-00 64274-050

ENTRADA JAR GUARARAPES-PE
01/05/2017 122 415 074-07 SEGURO DPVAT
Nº 9C2KCL660FR513153
Nº 00000000000000000000
Nº 00000000000000000000

2017 06/05/17

122 415 074-07 PD15498

1060740431 00000000000000000000

2015 09 9C2KCL660FR513153

SEGURO PAGO

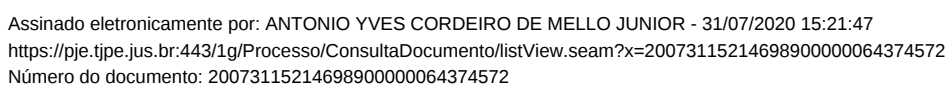
SEGURO PARA LIBERAR DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O DILHETE DPVAT
Nº 150 E DE PORTE OBRIGATORIO

EXCELSÃO DE SEGURO
P. 2 000 700



EXCELSIOR CENTER
MAY 2011





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

Receituário

DECLARAÇÃO

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO,
SOFREU FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO COM
PRESENÇA DE HASTE PROLAPADA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA A PACIENTE
APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLEXÃO DO
JOELHO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE,
EDEMA EM EXTREMIDADE E QUANDO ALGUM MO-
DERADO. E FAZ USO DE MOLETA CANADENSE.

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR APOSTADA
NAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SEQUÊNCIA
AO TTO FISIOTERAPÊUTICO;

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:	<u>Elaida Monteiro de Souza</u>
Registro Nº:	
Clinica:	Enfermaria:
Exame físico realizado em 08/12/2017. Paciente com queixa de dor no membro superior direito, com início há 02 dias. Dor descrita como latejante, piora à noite e com o movimento. Não há inchaço, vermelhidão ou calor local. Não há alteração da sensibilidade. Não há alteração da força muscular. Não há alteração da amplitude de movimento. Não há alteração da função articular. Não há alteração da função neurológica. Não há alteração da função cardiovascular. Não há alteração da função respiratória. Não há alteração da função gastrointestinal. Não há alteração da função urinária. Não há alteração da função reprodutiva. Não há alteração da função endócrina. Não há alteração da função imunológica. Não há alteração da função hematológica. Não há alteração da função coagulatória. Não há alteração da função renal. Não há alteração da função hepática. Não há alteração da função pulmonar. Não há alteração da função cardíaca. Não há alteração da função vascular. Não há alteração da função linfática. Não há alteração da função nervosa. Não há alteração da função muscular. Não há alteração da função óssea. Não há alteração da função articular. Não há alteração da função ligamentar. Não há alteração da função tendão. Não há alteração da função cápsula articular. Não há alteração da função sinovial. Não há alteração da função cartilagem. Não há alteração da função menisco. Não há alteração da função disco intervertebral. Não há alteração da função vértebra. Não há alteração da função coluna vertebral. Não há alteração da função cabeça. Não há alteração da função pescoço. Não há alteração da função ombro. Não há alteração da função cotovelo. Não há alteração da função punho. Não há alteração da função mão. Não há alteração da função dedo. Não há alteração da função unha. Não há alteração da função pele. Não há alteração da função cabelo. Não há alteração da função unha. Não há alteração da função pele. Não há alteração da função cabelo.	
Data:	08/12/2017
Dr. Nilton Pereira Ortopedia - Traumatologia CRM - 10650 Médico - CRM	
O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício Elaida 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:	<u>Elaida Monteiro de Souza</u>
Registro Nº:	
Clinica:	Enfermaria:
Exame físico realizado em 08/12/2017. Paciente com queixa de dor no membro superior direito, com início há 02 dias. Dor descrita como latejante, piora à noite e com o movimento. Não há inchaço, vermelhidão ou calor local. Não há alteração da sensibilidade. Não há alteração da força muscular. Não há alteração da amplitude de movimento. Não há alteração da função articular. Não há alteração da função neurológica. Não há alteração da função cardiovascular. Não há alteração da função respiratória. Não há alteração da função gastrointestinal. Não há alteração da função urinária. Não há alteração da função reprodutiva. Não há alteração da função endócrina. Não há alteração da função imunológica. Não há alteração da função hematológica. Não há alteração da função coagulatória. Não há alteração da função renal. Não há alteração da função hepática. Não há alteração da função pulmonar. Não há alteração da função cardíaca. Não há alteração da função vascular. Não há alteração da função linfática. Não há alteração da função nervosa. Não há alteração da função muscular. Não há alteração da função óssea. Não há alteração da função articular. Não há alteração da função ligamentar. Não há alteração da função tendão. Não há alteração da função cápsula articular. Não há alteração da função sinovial. Não há alteração da função cartilagem. Não há alteração da função menisco. Não há alteração da função disco intervertebral. Não há alteração da função vértebra. Não há alteração da função coluna vertebral. Não há alteração da função cabeça. Não há alteração da função pescoço. Não há alteração da função ombro. Não há alteração da função cotovelo. Não há alteração da função punho. Não há alteração da função mão. Não há alteração da função dedo. Não há alteração da função unha. Não há alteração da função pele. Não há alteração da função cabelo. Não há alteração da função unha. Não há alteração da função pele. Não há alteração da função cabelo.	
Data:	08/12/2017
Nilton Pereira de Barros Ortopedia e Traumatologia CRM - 10650 Médico - CRM	
O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício Elaida 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 Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior

123456789 portador da Carteira Profissional nº

123456789 série

, necessita de 120

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

123456789
Hospital ou Ambulatório

12/01/2018
Localidade e Data

123456789
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.

123456789

Bel. GEMELLI TOLOADO

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

Emit. 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

Carteira Nacional de Vacinação
34 anos

Paciente com histórico de acidente de
trânsito com fratura de
membro superior esquerdo (Femur).

Paciente OTIPU

Unidade: P319470
Módulo: H1A

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
31/07/2020 15:21:47





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

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

Vivja de Amerim Lira

Setor de arquivo(same)

49 - 2001

090-00073 47 5106006101



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
 NULAM - Sistema Diagnóstico por Imagem
 Imprimante de Pedido de Exames

Página 1 de 1
 Emitido por IRANICEBSG
 Em 09/01/2018 21:56

Atendimento: 374562 Pedido:  94858 Data Pedido: 09/01/2018 Controle: 75874
 Paciente: 310492 CRISTINA MARINHO SILVA Nascimento: 09/09/1983 (34:4:2d)
 Sexo: FEMININO
 Leito: 98 QUS-18 Unid Intern: 9 ORTOPEdia
 Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
 Autor Solicitante: ALA DIREITA ORTOPEdia II Local: SALA DE EXAME
 Setor Executante: RADIOLOGIA PRATO: PLANO UNICO
 Convenio: SUS - INTERNACAO
 Motivo: URGENCIA/EMERGENCIA

Observações					Linha
Item	Executante	0 - Não Informado			
Accession Number	Access	Ex	Has	Descrição	
198070				910 RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA (AP)	09/01/2018
198071				911 RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA (PERFIL)	09/01/2018

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

RECEITUÁRIO

Unidade: ALA DIREITA
 Nome: CRISTINA MARINHO SILVA
 Registro Nº: 310492
 Clínica: ORTOPEdia Enfermaria:

CHAURO JORGE DE MELLO JUNIOR
 CRM 25581
 09/01/2018

HOSPITAL REGH

Data: 09/01/2018 Medico - 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 9.613/1998.

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 Christina Maximide da Silva, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 066.465.194 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima
Christina Maximide 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 Lider DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Dr. José Rufino</u>	Número <u>897</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Cajá</u>	Cidade <u>Vitória</u>	CEP <u>55030-050</u>
Email <u>vitória.dpvat@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(18) 3526-3496</u>	Telefone celular (DDD)

Vitória, 13 de junho de 2013
Local e Data

Leiziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

DLDR-001-V001/2012



**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 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 Marimede da Silva

RG nº 6.477.034, data de expedição / / , Órgão SSP/PE,

CPF nº 066.465.344-32, 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	<u> </u>
Bairro	<u>Lote Nova Esperança-</u>
Cidade	<u>Riacho das Almas</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55120-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)3526-3946 / 4-9660-4110</u>
E-mail	<u>vitória.dornat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Riacho das Almas - PE, 19/02/2018

Assinatura do Declarante:

Cristina Marimede da Silva



 Ana Carolina Vasconcelos
Enfermeira
COREN-PE 321.021

EXCELSIOR SEGUROS
7 ABR 2020
SEGUROS



Para mais informações, acesse o site: <http://www.suguiadoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 1221208 (segunda a sexta, das 8h às 18h).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Este formulário deve ser preenchido integralmente, com o nome completo do segurado, data de nascimento e endereço completo (Rua, Número, Bairro, Cidade, Estado e CEP). Caso não tenha recebido o formulário, pode ser obtido em qualquer agência de atendimento ao cliente.

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apontar no campo destinado à identificação das partes no campo 2 a 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, e mandado de averbação de paternidade ou de tutela no campo 1. O Representante Legal, no entanto, não precisa assinar o formulário no campo 2 a assinatura do Representante Legal.

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, não precisa apontar o Representante Legal, mas a assinatura do Curador no campo 2 a assinatura do Representante Legal.

Assinatura do Representante Legal: ANTONIO YVES CORDEIRO DA SILVA Data: 06/05/2020 Hora: 12:05

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____

Assinatura do Representante Legal: _____

Endereço completo: _____

Endereço eletrônico (e-mail) para contato: _____

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

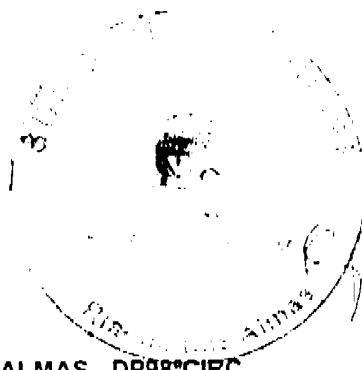
☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.

☐ O segurado é o próprio segurado, que a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil, e a vítima é o segurado, residente ou não no Brasil.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98ªCIRC
DINTER1/14ª DESEC

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:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
VEÍCULO: (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: **8/8/1963** 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** Nacionalidade: **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: **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, 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 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 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. 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
(NOTICIANTE)

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



EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

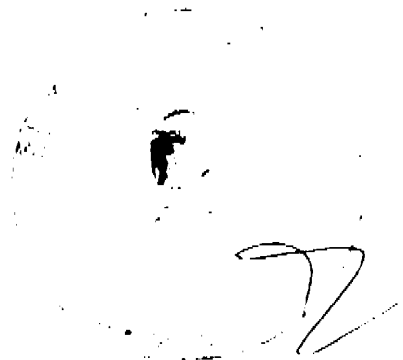
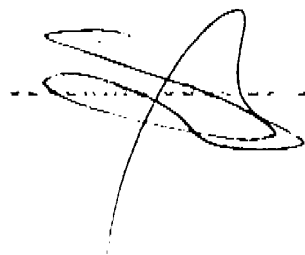
EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA



Martinelli Bacalini & S/A



EXCELSOR DEBROS
C. de R. de R.
R. de R. de R.



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

Pag. 00157/00158 - carta_03 - INVALIDEZ

00080079



Carta nº 1362382



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 preencherá e 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 AS

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

066465394-32

Crustina Maranhão da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Crustina Maranhão da Silva

CPF titular da conta

066465394-32

Profissão

Desempregada

Endereço

Rua São Sebastião

Número

27

Bairro

Centro para Esperança

Cidade

Riacho das Almas

Estado

PE

E-mail

crustina.dpvat@hotmail.com

CPF

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

☒ RENDIMENTO

SIM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 1.001,00 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. Assinalar uma opção)

BRASECO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Agência

AGÊNCIA

tipo

2778

(Informar dígito se existir)

CONTA

tipo

19351

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

tipo

13

(Informar dígito se existir)

CONTA

tipo

13

(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, 14 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Crustina Maranhão da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LAPPE-001-V001/2017





EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE



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

Pag. 0164501646 - carta_02 - INVALIDEZ

00050023



Carta nº 13597962



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180391607**
Vítima: **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

Pag. 0157301574 - carta_03 - INVALIDEZ

00040787



Carta nº 13336763



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTINA MARINEIDE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180391607**
Vítima: **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

Pag. 0175501756 - carta_03 - INVALIDEZ

00050078



Carta nº 13380287



[Illegible content due to severe horizontal line artifacts]



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: Cristina Mamede

Nome: Silva Registro Nº: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____

Crisis de asma
em 08/12/2017.

Fratura de
fêmur exposto
subcutâneo an-
trotrocarter cur-
sivo em Anst-
medico ambula-
torial, fratura
pico. sem
anal. 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

EXCELSOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO VITAL



EXCE. SUE. DEPART.

10/05/2018

Assinatura do Médico

**Unidade Mista João Soares da Fonseca**

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário**DECLARAÇÃO**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE CONTROLO
VACAR ELA A SRA. CRISTINA MARINHO DE SILVA
RENIZIA FISIOTERAPIA 2x POR SEMANA NO CENTRO
DE REABILITAÇÃO DE R. DAS ALMAS.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO,
SOPRÁV FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO COM
PRESENÇA DE HASTE PROLONGADA.

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 MO-
DERADO. 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 Florsvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/PE



No. Ocorrência: 007762*

Idade 44 ANOS, 2 MESES e 14 DIAS
 Dt. Nasco: 12/01/1943 Sexo F Est. Civil.
 CEP: 01210-000
 Nac:
 Sisprenatal: Telo:
 Polígrafo: SECRETARIA MUNICIPAL
 Responsável:

31-CONSULTA: Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Tratamiento

Tratamiento

M.L. [illegible] [illegible]

[illegible] [illegible]

Vallen [illegible]

Linha: PZ 10976

Hopital: HAA

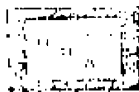
CHC

Consultas / Atendimento Médico		MEDICO / CRM
☐ urgência básica	☐ urgência especializada	 HORÁRIO
☐ observação básica	☐ observação especializada	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Recebo por: CLAUDIA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU

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.: VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

EXERCÍCIO DE FUNÇÃO

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru, 14 de Dezembro de 2017

Vivian de Amorim Lira

Sector de arquivo (same)

20073115214698900000064374572

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



[illegible]

Copyright © 1999 by John Wiley & Sons, Inc.

04111219102A

1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 26

© 2001 Blackwell Science Ltd

15.000 21.000 27.000 33.000 39.000 45.000 51.000 57.000 63.000 69.000 75.000 81.000 87.000 93.000 99.000 105.000 111.000 117.000 123.000 129.000 135.000 141.000 147.000 153.000 159.000 165.000 171.000 177.000 183.000 189.000 195.000 201.000 207.000 213.000 219.000 225.000 231.000 237.000 243.000 249.000 255.000 261.000 267.000 273.000 279.000 285.000 291.000 297.000 303.000 309.000 315.000 321.000 327.000 333.000 339.000 345.000 351.000 357.000 363.000 369.000 375.000 381.000 387.000 393.000 399.000 405.000 411.000 417.000 423.000 429.000 435.000 441.000 447.000 453.000 459.000 465.000 471.000 477.000 483.000 489.000 495.000 501.000 507.000 513.000 519.000 525.000 531.000 537.000 543.000 549.000 555.000 561.000 567.000 573.000 579.000 585.000 591.000 597.000 603.000 609.000 615.000 621.000 627.000 633.000 639.000 645.000 651.000 657.000 663.000 669.000 675.000 681.000 687.000 693.000 699.000 705.000 711.000 717.000 723.000 729.000 735.000 741.000 747.000 753.000 759.000 765.000 771.000 777.000 783.000 789.000 795.000 801.000 807.000 813.000 819.000 825.000 831.000 837.000 843.000 849.000 855.000 861.000 867.000 873.000 879.000 885.000 891.000 897.000 903.000 909.000 915.000 921.000 927.000 933.000 939.000 945.000 951.000 957.000 963.000 969.000 975.000 981.000 987.000 993.000 999.000 1005.000 1011.000 1017.000 1023.000 1029.000 1035.000 1041.000 1047.000 1053.000 1059.000 1065.000 1071.000 1077.000 1083.000 1089.000 1095.000 1101.000 1107.000 1113.000 1119.000 1125.000 1131.000 1137.000 1143.000 1149.000 1155.000 1161.000 1167.000 1173.000 1179.000 1185.000 1191.000 1197.000 1203.000 1209.000 1215.000 1221.000 1227.000 1233.000 1239.000 1245.000 1251.000 1257.000 1263.000 1269.000 1275.000 1281.000 1287.000 1293.000 1299.000 1305.000 1311.000 1317.000 1323.000 1329.000 1335.000 1341.000 1347.000 1353.000 1359.000 1365.000 1371.000 1377.000 1383.000 1389.000 1395.000 1401.000 1407.000 1413.000 1419.000 1425.000 1431.000 1437.000 1443.000 1449.000 1455.000 1461.000 1467.000 1473.000 1479.000 1485.000 1491.000 1497.000 1503.000 1509.000 1515.000 1521.000 1527.000 1533.000 1539.000 1545.000 1551.000 1557.000 1563.000 1569.000 1575.000 1581.000 1587.000 1593.000 1599.000 1605.000 1611.000 1617.000 1623.000 1629.000 1635.000 1641.000 1647.000 1653.000 1659.000 1665.000 1671.000 1677.000 1683.000 1689.000 1695.000 1701.000 1707.000 1713.000 1719.000 1725.000 1731.000 1737.000 1743.000 1749.000 1755.000 1761.000 1767.000 1773.000 1779.000 1785.000 1791.000 1797.000 1803.000 1809.000 1815.000 1821.000 1827.000 1833.000 1839.000 1845.000 1851.000 1857.000 1863.000 1869.000 1875.000 1881.000 1887.000 1893.000 1899.000 1905.000 1911.000 1917.000 1923.000 1929.000 1935.000 1941.000 1947.000 1953.000 1959.000 1965.000 1971.000 1977.000 1983.000 1989.000 1995.000 2001.000 2007.000 2013.000 2019.000 2025.000 2031.000 2037.000 2043.000 2049.000 2055.000 2061.000 2067.000 2073.000 2079.000 2085.000 2091.000 2097.000 2103.000 2109.000 2115.000 2121.000 2127.000 2133.000 2139.000 2145.000 2151.000 2157.000 2163.000 2169.000 2175.000 2181.000 2187.000 2193.000 2199.000 2205.000 2211.000 2217.000 2223.000 2229.000 2235.000 2241.000 2247.000 2253.000 2259.000 2265.000 2271.000 2277.000 2283.000 2289.000 2295.000 2301.000 2307.000 2313.000 2319.000 2325.000 2331.000 2337.000 2343.000 2349.000 2355.000 2361.000 2367.000 2373.000 2379.000 2385.000 2391.000 2397.000 2403.000 2409.000 2415.000 2421.000 2427.000 2433.000 2439.000 2445.000 2451.000 2457.000 2463.000 2469.000 2475.000 2481.000 2487.000 2493.000 2499.000 2505.000 2511.000 2517.000 2523.000 2529.000 2535.000 2541.000 2547.000 2553.000 2559.000 2565.000 2571.000 2577.000 2583.000 2589.000 2595.000 2601.000 2607.000 2613.000 2619.000 2625.000 2631.000 2637.000 2643.000 2649.000 2655.000 2661.000 2667.000 2673.000 2679.000 2685.000 2691.000 2697.000 2703.000 2709.000 2715.000 2721.000 2727.000 2733.000 2739.000 2745.000 2751.000 2757.000 2763.000 2769.000 2775.000 2781.000 2787.000 2793.000 2799.000 2805.000 2811.000 2817.000 2823.000 2829.000 2835.000 2841.000 2847.000 2853.000 2859.000

1. 1. 1.

1. *Chrysomelids* (Coleoptera: Chrysomelidae) 14

Author	Year	Country	Sample Size	Study Type	Findings
Johnson et al.	1992	USA	1,000	Survey	High levels of stress and anxiety
Smith et al.	1995	UK	2,500	Survey	Increased risk of mental health problems
Lee et al.	1998	Canada	1,500	Survey	Significant impact on family life
Wong et al.	2001	Australia	3,000	Survey	Correlation with social isolation
Chen et al.	2003	China	4,000	Survey	Impact on physical health
Miller et al.	2006	USA	1,200	Survey	Increased risk of substance use
Ng et al.	2009	UK	2,800	Survey	Impact on employment
Kim et al.	2012	South Korea	1,800	Survey	Correlation with academic performance
Patel et al.	2015	India	3,500	Survey	Impact on social relationships
Nguyen et al.	2018	Vietnam	2,200	Survey	Increased risk of mental health issues
Al-Sayid et al.	2020	Saudi Arabia	1,600	Survey	Impact on physical health
Al-Murad et al.	2021	Lebanon	2,100	Survey	Significant impact on family life
Al-Hajj et al.	2022	Jordan	1,900	Survey	Correlation with social isolation
Al-Sayid et al.	2023	Saudi Arabia	1,700	Survey	Impact on physical health
Al-Murad et al.	2024	Lebanon	2,000	Survey	Significant impact on family life
Al-Hajj et al.	2025	Jordan	1,800	Survey	Correlation with social isolation

[illegible]

1. *What is the purpose of this study?*

DOI: 10.1002/for

Keywords: child sexual abuse; disclosure; social support

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SE-SE/SUS/PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

1. *Chlorophyll a* (Chl *a*)

14:37:12

Regulation 14

$$C_{\text{eff}} = C_{\text{eff}}^{\text{eff}}$$

י. מלך, ד. ע. ע.

50 JAN 2007

CONFIDENTIAL REF ID:

1. 1. 1.

— **Michigan (CSP)**

Elle est la seule à avoir été créée par un décret.





Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

Antônio Manoel de Jesus

34 anos

Rec. de Tiro de armaria M
no do aparelho foneco apertado
aparelho aparelho remota.

Rec. de Tiro de armaria M

Antônio PS18470

Apelido: A/A

EXCELSOR DE TIPO

8/13/17



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GERAL DE VILA DO AGRESTE
Cidade - 52050-000 - Recife - PE
RUA 200, FIM 149 - Imbuíças - Recife - PE - CEP 52000-000
Fone: (81) 3203-1526 (atendimento) (81) 3203-9468

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

USUÁRIO DO DOCUMENTO	
Nome completo	Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF	112.19.40
Endereço completo	Rua 200, Fim 149 - Imbuíças - Recife - PE
Telefone	(81) 3203-1526
Assinatura	<i>[Assinatura]</i>
Carimbo	<i>[Carimbo]</i>
Prescrição	<i>[Prescrição]</i>

Cipho 500g - 20mg
0150
13/12/2019

11/11/18

[Assinatura]

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome	
CPF	
Assinatura	
Carimbo	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
DATA	

[Assinatura]



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

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado

Costa Junior

portador da Carteira Profissional nº

série

necessita de

20 dias

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

Falta de 10 dias (Venda)

Hospital ou Ambulatório

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.



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

RECEITUÁRIO

Unidade: Cristina Carneiro de
Nome: Silva Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

Arrebatado do motor
em 08/12/2017.
Fratura de
fêmur exposta
submetido ao
tratamento cirúrgico em
ambulatório. Anest.
geral. Fratura
aberta. Fratura
de fêmur
CI D 2084

Data

28/05/2018

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 40664

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

1º Lugar

2º Concurso 89

EXCELSOR RECURSOS

15 JUN 2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Prontuário:

Data:

Hora:

DIAGNOSTICO:

Fratura distal
do fêmur

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Atendimento
ortopedia com
15 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Realizada a cirurgia
com haste de bloqueio

Alta Hospitalar: Data:

10/07/18

Hora:

HRA

Data:

Hora:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Vitoria, 22 de Junho de 2020.

A

Seguradora Lider dos Consorcios Seguro DPV-AI

Senhor Administrador

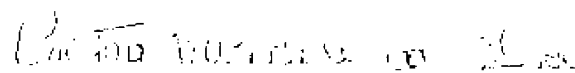
Vinicius CRISTINA MARINELLI DA SILVA

Senha: 63186 - 25970

Venho por meio desta comunicar a Seguradora que, sobre acidente da 08/12/2017 - FIVE FRATURAS DE FEMUR, fui submetida a procedimento cirurgico devido a gravidade da minha lesao. Ja foram enviadas todas as documentações medicas necessarias, onde constam as lesões e os tratamentos realizados. Estou com sequelas e nem sequer a seguradora me com pericia medica. Por esse motivo, peço reavaliação das minhas documentações medicas e pelo motivo que, mantem a pericia medica, onde vão constatar as sequelas. Caso não tenha nenhuma resposta positiva, estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço a sua compreensão

Atenciosamente



CRISTINA MARINELLI DA SILVA

C.P.F. 666.666.194-2



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

RECEITUÁRIO

Unidade: Unidade de Pronto Atendimento
Nome: Cristina Carneiro de
Registro Nº: 1907/2013
Clínica: Unidade de Pronto Atendimento Enfermaria: Unidade de Pronto Atendimento

Prescrição de medicamento
para o tratamento de
fratura de fêmur
com fixação
cirúrgica com
placa e parafusos
de titânio
ci) 2014

Data

28/05/2018

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 40659

O primeiro Cigarro é uma passagem para o ciclo
Eliete Monteiro da Souza

2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

05 JUN 2018



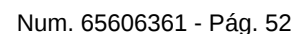
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João de Oliveira da Silva, RG nº 1.124.011, data de expedição 11/1/2004, Orgão emissor, portador do CPF nº 422.415.214, com domicílio na cidade de Itapetininga, no Estado de Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua. Dr. Manoel de Souza V. nº 20, complemento 255A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado e(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima CRISTINA ROQUE DA SILVA cujo o condutor era CRISTINA ROQUE DA SILVA.

Veículo: FORD FALSA 72 - 1968
 Modelo: 2000 - 1968
 Ano: 1968 / 2000
 Placa: A-11-2-3844
 Chassi: 4C-210-400-42-01-01-0
 Data do Acidente: 07/01/68
 Local e Data: 26/03/2008

Assinatura do Declarante

Assumtuta do Condutor (caso seja um terceiro que nao a vitima reclamante do sinistro)

[illegible]

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 seguros, 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 9.613/1998.

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 Christina Maximide da Silva, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 066.465.194 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima
Christina Maximide 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 Lider DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Dr. José Rufino</u>	Número <u>897</u>	Complemento <u>0</u>
Bairro <u>Cajá</u>	Cidade <u>Vitória</u>	CEP <u>55030-050</u>
Email <u>vitória.dpvat@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 3526-3496</u>	Telefone celular (DDD)

Vitória, 13 de junho de 2013
Local e Data

Leiziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

DLDR-001-V001/2012



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 preencherá e 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 ASM

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

066465394-32

Crustina Maranhão da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Crustina Maranhão da Silva

CPF titular da conta

066465394-32

Profissão

Desempregada

Endereço

Rua São Sebastião

Número

27

Bairro

Centro para Esperança

Cidade

Riacho das Almas

Estado

PE

CPF

55320-000

E-mail

crustina.dpvat@hotmail.com

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

☒ RENDIMENTO

SIM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 1.001,00 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. Assinalar uma opção)

BRASECO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Nome

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

2778

(Informar dígito se existir)

CONTA

19353

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nome

CONTA

Nome

(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, 14 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Crustina Maranhão da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

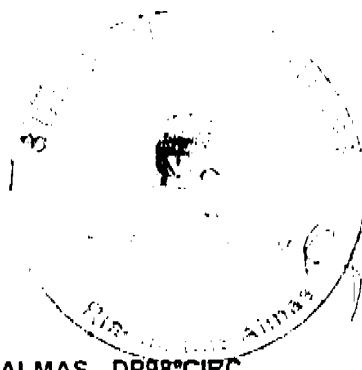
LAPPE-001-V001/2017





EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 098ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIACHO DAS ALMAS - DP98ªCIRC
DINTER1/14ª DESEC

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: **MUNICÍPIO 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:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
VEÍCULO: (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: **MUNICÍPIO 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: **8/8/1963** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO 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** Nacionalidade: **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: **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, 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 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. 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
(NOTICIANTE)

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



EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA

A

EXCELSA

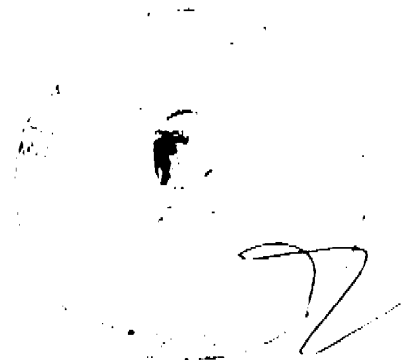
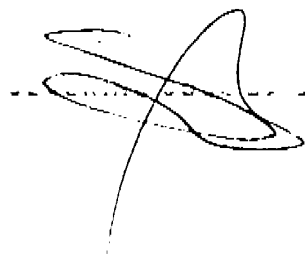
EXCELSA

EXCELSA

EXCELSA



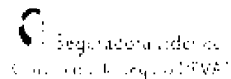
Martinelli Bacalini & S/A



EXCELSOR DEBROS
C. de R. de R.
R. de R. de R.



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

