Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

31/07/2020

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

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: Serviços Gerais
Identidade: 6 777 044 SDS/PE CPF: 066 465 144-12
Endereço: Rua São Sebastião, 27, Lot Nova Esperança, Recife dos Alves, PE

PROCURADOR:
Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: Autônoma
Identidade: 7 801 456 SDS/PE CPF: 074 350 264-76
Endereço: Rua Dr. José Rufino Bezerra, 547-B, Cajú, 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 vitima Cristina Marineide da Silva.

Local e data

Cristina Marineide da Silva
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

Emolumentos R$ [illegible] Total a pagar R$ [illegible]
RECONHECI, por autenticidade, a(s) firma(s) de: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA
[illegible]
Recife dos Alves, [illegible]

Em testemunho da verdade
Ana Leide da Silva

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER

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 FONSÊCA

SUSE

LETIM DE EMERGÊNCIA — **No. Ocorrência:** 0077881

ontuário: 05030495-6 — 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

dade: RIACHO DAS ALMAS/PE — Bairro: — Nac:

cumento: — CNS: — Sisprenatal: — Tel.:

le: MARINEIDE CAROLINA DA SILVA — Pai: AMARO PERREIRA DE LUCENA

ofissão: — Responsável:

ltimas Ocorrências

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

E-CONSULTA — Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A		Pulso	Peso	Assinatura
	120/80	SPO2: 98%	P: 82	FC:	

eixas / Diagnóstico

Acidente motos
Paciente apresenta
fratura exposta perna
esquerda (FEMUR)

Tratamento

- ML
- Analgesia
- Ortopedia
- Leito: 5375470
- Hospital: HRA

ames complementares

Comunicado a ortopedia

Impressão diagnóstica — CID

tivo da saída:

esidência ☐ Internado ☐

stificativa:

caminhado:

movido:

ito:

____ h ____ m do dia _____

ta saída:

ra saída:

	ADM MEDICAMENTO.	TÉCNICO / COREN
☐ CURATIVO	☐ BÁSICO ☐ ESP	
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:

☐ urgência básica ☐ urgência especializada

☐ observação básica ☐ observação especializada

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

ta da impressão: Sexta-feira, 08 de Dezembro de 2017 às 19:05 — Recepcionista: CLAUDIA

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

Receituário

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE COMPROVAÇÃO QUE A SRA. CRISTINA MARINGELDE 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 BLOQUEADA.

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

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR AFASTADA DAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SEGUIMENTO AO PTO FISIOTERAPÊUTICO;

R DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr Florisvaldo Melo
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/TF

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

RECEITUÁRIO

Unidade: _____

Nome: _____

_____ Registro Nº: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Data: ___/___/___ _____
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: [illegible]

_____ Registro Nº: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____

[illegible] 08/12/2017
Fratura [illegible]
[illegible]
tratamento [illegible]
[illegible] em [illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
CID: Z094

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 10660

Data: 29/05/2018 _____
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
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado _____

_____ portador da Carteira Profissional nº _____

_____ série _____, necessita de _____

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

_____ _____
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.

Bel. DENISI TOTONIO
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 testº da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol. 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

Antonia Manuela do Silva
34 anos

Paciente [illegible] de acordo de
muito apertado [illegible] exposto
[illegible] encaminhada (FAMUR).

Parecer Ortopedista

Senha: 5315470
Hospital: HRD

9/12/17

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE 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

Vivia de Amorim Lira

Setor de arquivo(same)

Página 1 / 1
Emitido por IRANICEBSG
Em 09/01/2018 21:50

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RUBMV - Sistema Diagnóstico por Imagem
Comprovante de Pedido de Exames

Atendimento 374562 Pedido 94858 Data Pedido 09/01/2018 Controle 76874

Nascimento 09/09/1993 (34 Anos 2d)

Paciente 370492 CRISTINA MARINELIOF SILVA
Leito 98 003-18 Unid. Intern. 9 ORTOPEDIA
Médico Solicitante 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Sexo FEMININO
Setor Solicitante ALA DIREITA ORTOPEDIA II
Local SALA DE EXAME
Setor Executante RADIOLOGIA
Plano PLANO UNICO
Convênio SUS - INTERNACAO
Motivo UPGE NOIA/EMERGENCIA

Observações

Médico Executante 0 - Não Informado

Accession Number	Acesso N. Hex	Código	Descrição	Entrega
198070		910	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (AP)	09/01/2018
198071		911	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (PERFIL)	09/01/2018

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

RECEITUÁRIO

Unidade:
Nome:
Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

CRM

09 JAN 2018

HOSPITAL REGI Data ___/___/___ Médico - CRM

1 1060743431 **********

JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES

JAB GUARARAPES-PE

122 415.074-07 PDL5798

********** /PE 9C2KC1660FR513153

PAS /MOTOCICLETA ALCO/GASOL

[illegible] 2015 2016

2P/149CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO ********

1 ********** ********

SEGURO PAGO

AL FID. BANCO HONDA SA

JAB GUARARAPES 06/05/17

Charles Andreas 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 NÃO - SEGURO DPVAT

JULIANE CRISTINA DA SILVA LOPES

[illegible] 54275-050

CITADO DAS GUARARAPES-PE

[illegible] SEGURO DPVAT

[illegible] CONDUTOR [illegible]

2017 06/05/17

122 415.074-07 PDL5798

1060743431 HONDA/CG 150 TITAN EX

2015 09 9C2KC1660FR513153

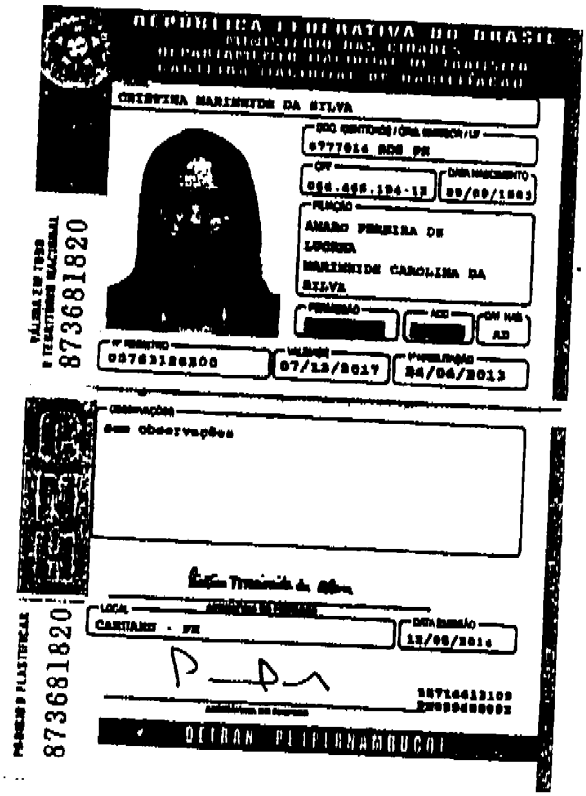
SEGURO PAGO

[illegible] DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SEM ISSO E DE PORTE OBRIGATORIO

EXCELSIOR CERTIFICADO

07 APR 2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CRISTINA MARINHO DA SILVA

0777014 SDS PE

CPF 064.495.194-12

DATA NASCIMENTO 29/09/1963

FILIAÇÃO
AMARO PEREIRA DE LIMONA
MARINHO DE CAROLINA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB AB

Nº REGISTRO 02763188300

VALIDADE 07/12/2017

1ª HABILITAÇÃO 24/04/2013

OBSERVAÇÕES
sem observações

LOCAL CARTANXI - PE

DATA EMISSÃO 12/06/2014

DETRAN PERNAMBUCO

873681820

873681820

EXCELSIOR

ICHO DAS ALMAS-PE

IDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSÊCA

SUSE

LETIM DE EMERGÊNCIA — **No. Ocorrência:** 0077881

ontuário: 05030495-6 — 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

dade: RIACHO DAS ALMAS/PE — Bairro: — Nac:

cumento: — CNS: — Sisprenatal: — Tel.:

le: MARINEIDE CAROLINA DA SILVA — Pai: AMARO PERREIRA DE LUCENA

ofissão: — Responsável:

ltimas Ocorrências

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

E-CONSULTA — Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A		Pulso	Peso	Assinatura
	120/80	SPO2: 98	P: 82	FC:	

eixas / Diagnóstico

Acidente motos
Paciente apresenta
fratura exposta perna
esquerda (FEMUR)

Tratamento

- ML
- Analgesia
- Ortopedia
- Leito: 5375470
- Hospital: HRA

ames complementares

Comunicado 1 ortopedista

Impressão diagnóstica — CID

tivo da saída:

esidência ☐ Internado ☐

stificativa:

CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: BÁSICO ☐ ESP ☐	TÉCNICO / COREN
NEBULIZAÇÃO	RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:

urgência básica ☐ — urgência especializada ☐

observação básica ☐ — observação especializada ☐

MÉDICO / CRM — HORÁRIO:

caminhado:

movido:

ito: ____ h ____ m do dia _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

ta saída:

ra saída:

ta da impressão: Sexta-feira, 08 de Dezembro de 2017 às 19:05 — Recepcionista: CLAUDIA

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

Receituário

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE COMPROVAÇÃO QUE A SRA. CRISTINA MARINGELDE 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 BLOQUEADA.

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

PACIENTE NECESSITA CONTINUAR AFASTADA DAS ATIVIDADES LABORAIS E DAR SEGUIMENTO AO PTO FISIOTERAPÊUTICO;

R DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr Florisvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/TF

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

RECEITUÁRIO

Unidade: _____

Nome: _____

_____ Registro Nº: _____

Clínica _____ Enfermaria: _____

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Data: ___/___/___ _____
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: _____

_____ Registro Nº: _____

Clínica _____ Enfermaria: _____

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 10660

Data: 29/05/2018 _____
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
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado _____

_____ portador da Carteira Profissional nº _____

_____ série _____, necessita de _____

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

_____ _____
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.

Bel. DENISI TOTONHO
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 testº da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol. 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

Antonia Nascimento da Silva
34 anos

Paciente [illegible] de acordo de
[illegible] apresentou problema [illegible]
[illegible] encaminhada (FAMUR).

Parecer Ortopedista

Senha: 5315470
Hospital: HRD

[illegible]
9/12/17

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

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(same)

Página 1 / 1
Emitido por IRANICEBSG
Em 09/01/2018 21:50

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RUBMV - Sistema Diagnóstico por Imagem
Comprovante de Pedido de Exames

Atendimento 374562 Pedido 94858 Data Pedido 09/01/2018 Controle 76874

Nascimento 09/09/1993 (34 Anos 2d)

Paciente 370492 CRISTINA MARINELIOF SILVA
Leito 98 003-18 Unid. Intern. 9 ORTOPEDIA
Medico Solicitante 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE Sexo FEMININO
Setor Solicitante ALA DIREITA ORTOPEDIA II Local SALA DE EXAME
Setor Executante RADIOLOGIA Plano PLANO UNICO
Convenio SUS - INTERNACAO
Motivo URGENCIA/EMERGENCIA

Observações

Medico Executante 0 - Não Informado Entrega

Accession Number	Acesso N. Hex	Codigo	Descrição	Entrega
198070		910	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (AP)	09/01/2018
198071		911	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDO (PERFIL)	09/01/2018

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

RECEITUÁRIO

Unidade:
Nome:
Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

CRM

09 JAN 2018

HOSPITAL REGI Data ___/___/___ Medico - CRM

Seguradora LÍDER

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 221200 (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 SUSEP[1] 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Leiziane de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 071 350 204 / 36, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cristina Marinaida da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066 465 194 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cristina Marinaida da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066 465 194 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

_____

■ Recuso informar

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

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

Endereço: Rua Dr. José Rufino		Número: 847	Complemento: B
Bairro: Caji	Cidade: Vitória	Estado: PE	CEP: 55630-000
Email: vitoria.dpvat@hotmail.com		Telefone comercial(DDD): (81) 3532-1946	Telefone celular (DDD):

Vitória, 13 de fevereiro de 2013
Local e Data

Leiziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

DLDRC 001 v001/2012

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 (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 Miranda da Silva,

RG nº 6.477.034, data de expedição __/__/__, Órgão SDS/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)	Rua São Sebastião
Número	27
Apto / Complemento	
Bairro	Lotf. Nova Esperança
Cidade	Riacho das Almas
Estado	PE
CEP	55120-000
Telefone de Contato	(81)3526-3916 (4-9660-4110
E-mail	vitoria.dpnat@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Cristina Miranda da Silva

7024592191 10/2017

20/10/2017 14/11/2017

53,57

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Ana Carolina Vasconcelos
Enfermeira
COREN-PE 321.321

EXCELSIOR SEGUROS
7 MAI 2018
SEGURADORA

Seguradora **LÍDER**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML – CIRCULAR SUSEP 445/12

[illegible] http://www.seguradoralider.com.br [illegible] SAC DPVAT [illegible]

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

[illegible] REPRESENTANTE LEGAL [illegible]

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – [illegible] pelo representante legal [illegible] Apenas o Representante Legal [illegible] (Assinatura do Representante Legal).

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – [illegible] Representante Legal [illegible] (Assinatura do Representante Legal).

Casos com vítima interditada com curador – [illegible] Apenas o Representante Legal [illegible] (Assinatura do Representante Legal).

Nome da vítima: CRISTINA ALMEIDA DA SILVA

CPF da vítima: 106 465 444 [illegible]

Data de nascimento: [illegible]

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

[illegible] Nome do Representante Legal

[illegible] CPF do Representante Legal

[illegible] Telefone

[illegible] Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de [illegible]

Assinalar uma das opções abaixo

[illegible]

[illegible] Seguro DPVAT [illegible]

[illegible] Instituto Médico Legal [illegible] Seguro DPVAT [illegible]

[illegible] Seguro DPVAT [illegible] Instituto Médico Legal [illegible]

[illegible] não significa [illegible] concordância [illegible] conteúdo

EXCETIVA

[illegible] de março de [illegible]

Local e Data

[illegible]

Carimbo e assinatura do Representante Legal

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0188000031

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

Complementa o BO Número: **17E0188000519**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - 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) PROCIMDIADES 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 do Nascimento: **9/9/1983** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6777014/SDS/PE (RG)**, **05763126200 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. 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 do 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** 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 TR\ÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA SUA PRÓPRIA FILHA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA, A QUAL SE ENCONTRA IMPOSSIBILITADA DE COMPARECER NO MOMENTO A ESTA DELEGACIA, CUJO FATO SE DEU COMO A NOTICIANTE PASSA A EXPOR: INFORMA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS, SUA REFERIDA FILHA TRAFEGAVA SENTIDO VILA DA COHAB NESTA CIDADE COM DESTINO AO LOTEAMENTO ONDE MORA, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO OPOSTO, ATIGIU A MOTOCICICLETA NA PARTE LATERIAL 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 NOTCÍCIA 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 BOLTIM 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 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**

Deoclinaldo Carvalho da Silva

Seguradora LÍDER

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 contado 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 13632382

Seguradora **LÍDER**

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 Marinaide da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Cristina Marinaide da Silva

CPF titular da conta: 066 465 394 - 32

Profissão:

Endereço: Rua São Sebastião

Número: 27

Complemento:

Bairro: Morro Vista Esperança

Cidade: Riacho das Almas

Estado: PE

CEP: 55520-000

Email: secretaria.dpvat@hotmail.com

Telefone (DDD): (81) 3526 - 3946

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

- [x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (dígito): 2778 (Informar dígito se existir)

CONTA (dígito): 19351 - DV: 3 (Informar dígito se existir)

- [ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: Nome: Nº:

AGÊNCIA (dígito): DV: (Informar dígito se existir)

CONTA (dígito): DV: (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

Cristina Marinaide da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE-001-V001/2017

Seguradora LÍDER

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. 01645/01646 - carta_02 - INVALIDEZ

00050823

Carta nº 13597962

Seguradora LÍDER

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

Pag. 01573/01574 - carta_03 - INVALIDEZ

00040787

Carta nº 13336763

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

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

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01755/01756 - carta_03 - INVALIDEZ

00050878

Carta nº 13380287

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: Cristina Maria de Silva
Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

Acidente de moto em 08/12/2017.
Fratura exposta fêmur esquerdo submetida a tratamento cirúrgico em Ortopedia. Em acompanhamento médico ambulatorial e fisioterápico. Solicito aval para fim de direito
CID Z094

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10669

Data 29/05/2018

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

1º Lugar 2º Concurso 89

EXCELSIOR EQUIPOS
05 JUN 2018
SECRETARIAL

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

Receituário

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E DE COMPROVAÇÃO QUE A SRA. CRISTINA MARINGIDE 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 PROGUEADA.

NA ANAMNESE FISIOTERAPÊUTICA A PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM PARA FLEXÃO DO JOELHO, DIMUNUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NO MIE, EDEME EM EXTREMIDADE E QUADRO ÁLGICO NO DEITADO. E FAZ USO DE MOLETA CANADENSE.

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

R. DAS ALMAS, 14/05/18.

Dr Flonsvaldo Neto
FISIOTERAPEUTA
10598 CREFITO/TF

UNIDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

SUS

BOLETIM DE EMERGÊNCIA No. Ocorrência: 0077821

Prontuário: Idade: 14 ANOS
Nome: Dt. Nasc.: Sexo: Est. Civil:
Endereço: CEP:
Cidade: Bairro: Nac:
Documento: CNS: Sisprenatal: Tel.:
Mãe: Pai:
Profissão: Responsável:

Ultimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
	0077821	ACIDENTE DE MOTO

RL-CONSULTA Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A		Pulso	Peso	Assinatura
	130/80	SPO2: 98%	P:	82	FC:

Queixas / Diagnóstico

Paciente [illegible]
Paciente [illegible]
Motivo [illegible] para
[illegible] (FEMUR)

Tratamento

ML [illegible]
[illegible]
Voltar [illegible]
Leito: [illegible]
Hospital: HMA

Exames complementares

"Conforme [illegible]"

Impressão diagnóstica CID

Motivo da saída:
Residência ☐ Internado ☐
Justificativa:

	ADM MEDICAMENTO	TÉCNICO / COREN
☐ CURATIVO	☐ BÁSICO ☐ ESP	
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	

Encaminhado:

Removido:

Óbito
às ____ h ____ m do dia ____

Consultas / Atendimento Médico
☐ urgência básica ☐ urgência especializada
☐ observação básica ☐ observação especializada

MÉDICO / CRM
HORÁRIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data saída:
Hora saída:

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

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DA MATA SUL

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.: VITIMA 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(same)

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

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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Quantidade

Nome

Registro Nº

Endereço

Médico CRM

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 15:21:47
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073115214698900000064374572
Número do documento: 20073115214698900000064374572

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

Receituário

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE
CNES [illegible]
[illegible] Indianópolis - Arcoverde - PE - CEP 56.500-000
Fone: (81) [illegible] Fax (81) [illegible]

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo

Endereço Completo

Identidade Cidade UF

Medicamento

Posología

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	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 _____

_____ portador da Carteira Profissional nº _____

_____ série _____, necessita de 120 (cento e vinte)

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

HAH

Hospital ou Ambulatório

Recife 6/01/15

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 - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:
Nome: Cristina Teixeira de Souza
Registro Nº:
Clínica:
Enfermaria:

Acidente de moto em 08/12/2017. Fratura do fêmur esquerdo submetida a tratamento fisio. Em Ortopedia médico assistente trata fisioterapia. Solicito avaliação do direito CID Z 09.4

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10669

Data 29/05/2018

O primeiro Cigarro é uma passagem para morte
Eleida Monteiro de Souza

1º Lugar 2º Concurso 89

EXCELSIOR REGIONAL
15 JUN 2018

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Cristina Vieira da Silva

Prontuário: [illegible]

Data: [illegible] Hora: [illegible]

DIAGNOSTICO:

Fratura diafisária de fêmur

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ao ambulatório de ortopedia com 15 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Redução ortopédica com haste flexível

Alta Hospitalar: Data: 10/[illegible]/18 Hora: [illegible]

HRA

[illegible] CRM

Vitória 22 de [illegible]

A

Seguradora Líder dos Consórcios Seguro DPVAT

Setor Administrativo

Vítima CRISTINA MARINHO DA SILVA

Sinistro [illegible]

Venho por meio deste comunicar a Seguradora que sofri acidente em 08.12.2017. Tive FRATURA DE FEMUR, fui submetida a procedimento cirúrgico devido à gravidade da minha lesão. Já foram enviadas todas as documentações médicas necessárias, onde constam as lesões e os tratamentos realizados. Estou com sequelas e nem sequer a seguradora marcou perícia médica. Por isso, peço revaliação das minhas documentações médicas e pelo menos que marquem a perícia médica, onde não constata os sequelas. Caso não tenha tendência resposta positiva estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço a sua compreensão

Atenciosamente

CRISTINA MARINHO DA SILVA

CPF 066.[illegible]-[illegible]

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

RECEITUÁRIO

Unidade:
Nome: Cristina Maria de Souza
Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

Acidente de moto em 08/12/2017.
Fratura do fêmur esquerdo
Submetida a tratamento cirúrgico em ATO
Médico assistente fisioterapia
Atual procedimento de Artroplastia
CID 2094

Data 23/05/2018

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10650

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício

Eleida Monteiro de Souza

1ª Lugar 2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS
05 JUN 2018
Assinatura VAT.

Declaraçao do Proprietário do Veiculo

Eu, [illegible]

RG nº [illegible] data de expedição [illegible]
Orgao [illegible], portador do CPF nº [illegible], com domicilio na cidade de [illegible] no Estado de [illegible], onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) [illegible] nº [illegible]
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado e(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima [illegible] cujo o condutor era [illegible].

Veiculo: [illegible]
Modelo: [illegible]
Ano [illegible]
Placa [illegible]
Chassi: [illegible]
Data do Acidente: [illegible]
Local e Data: [illegible]

14º DISTRITO
EXCELSIOR

x [illegible]
Assinatura do Declarante

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

Reconhecida por AUTENTICIDADE a firma [illegible]
[illegible]
Encaixo em minha presença [illegible]
Recife, 25 de [illegible]
[illegible]
emol.: [illegible]
Selo de Autenticidade [illegible]

Seguradora LÍDER

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 221200 (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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Leiziane de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 071 350 204 / 36, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cristina Marinaida da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 066 465 194 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cristina Marinaida da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066 465 194 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

_____

■ Recuso informar

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

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

Endereço: Rua Dr. José Rufino		Número: 847	Complemento: B
Bairro: Caji	Cidade: Vitória	Estado: TE	CEP: 55630-000
Email: vitoria.dpvat@hotmail.com		Telefone comercial(DDD): (81) 3532-1946	Telefone celular (DDD):

Vitória, 13 de Janeiro de 2013
Local e Data

Leiziane de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

DLDRC 001 v001/2012

Seguradora LÍDER

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 Marinaide da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Cristina Marinaide da Silva | CPF titular da conta: 066 465 394-32 | Profissão:
Endereço: Rua São Sebastião | Número: 27 | Complemento:
Bairro: Morro Vista Esperança | Cidade: Riacho das Almas | Estado: PE | CEP: 55520-000
Email: secretaria.dpvat@hotmail.com | Telefone (DDD): (81)3526-3946

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

- [x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (dígito): 2778 (Informar dígito se existir) | CONTA (dígito): 19351 | DV: 3 (Informar dígito se existir)

- [ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO (Nome): | (dígito)
AGÊNCIA (dígito): | DV: (Informar dígito se existir)
CONTA (dígito): | DV: (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

Cristina Marinaide da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 V001/2017


CAIXA
POUPANÇA
6277 8016 2075 4345
CRISTINA MARINEIDE SILVA
2778 013 00019151 3
elo

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0188000031

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

Complementa o BO Número: **17E0188000519**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - 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) PROCIMDIADES 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 do Nascimento: **9/9/1983** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6777014/SDS/PE (RG)**, **05763126200 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. 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 do 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** 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 TR\ÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA SUA PRÓPRIA FILHA CRISTINA MARINEIDE DA SILVA, A QUAL SE ENCONTRA IMPOSSIBILITADA DE COMPARECER NO MOMENTO A ESTA DELEGACIA, CUJO FATO SE DEU COMO A NOTICIANTE PASSA A EXPOR: INFORMA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS, SUA REFERIDA FILHA TRAFEGAVA SENTIDO VILA DA COHAB NESTA CIDADE COM DESTINO AO LOTEAMENTO ONDE MORA, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO OPOSTO, ATIGIU A MOTOCICICLETA NA PARTE LATERIAL 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 NOTCÍCIA 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 BOLTIM 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 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**

Deoclinaldo Carlindo da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309553/18

Número do Sinistro: 3180391607

Vítima: CRISTINA MARINEIDE DA SILVA

Data do acidente: 08/12/2017

CPF: 066.465.194-12

CPF de: Próprio

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

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