
Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11941290

A/C: DILMA MARIA DA SILVA

Sinistro: 3170589628 ASL-0420527/17
Vítima: DILMA MARIA DA SILVA
Data Acidente: 09/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS PAULO LOPES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: DILMA MARIA DA SILVA
Nº Sinistro: 3170589628
Vitima: DILMA MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 09/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS PAULO LOPES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170589628**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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

Carta nº 12027595



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

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

Nº Sinistro: **3170589628**
Vitima: **DILMA MARIA DA SILVA**
Data do Acidente: **09/04/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS PAULO LOPES DOS SANTOS**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170589628**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12880667





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

046.483.634-42

Nome completo da vítima

DILMA MARIA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
DILMA MARIA DA SILVA		046.483.634-42		AUTONOMO	
Endereço		Número		Complemento	
RUA LIDIO FLORENTINO		800			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
CENTRO	SÃO JOSÉ COROÁ GRANDE	PE	55565-000		
Email			Telefone (DDD)		
			(82) 99141-0977		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 2124 (Informar dígito se existir)		D/V 5 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 51213 (Informar dígito se existir)		D/V 5 (Informar dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			

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

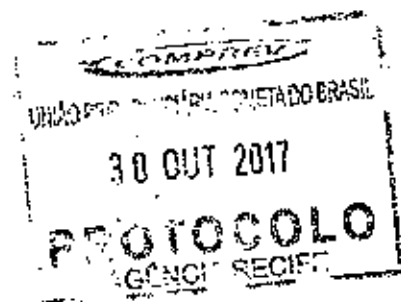
SÃO JOSÉ DA COROÁ GRANDE, 10, OUTUBRO de 2017

Local e Data

Dilma maria da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE**

Nº / ANO
1-770/16



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Boletim de ocorrência



I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	SÃO JOSE DA COROA GRANDE	Rodovia	PE-060	Km	
Ponto de Referência	EM FRENTE AO ESCRITÓRIO IMOBILIÁRIO RODOLFO VERAS	Data	09/04/2016		
Dia da Semana	SABADO	HORA/OCORRÊNCIA	18:10	Hora/Cheg./Pr	18:35

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre	Longitudinal	Frontal	Poste, Árvore	Tombamento
Animal	Transversal	Traseira	Muro, Casa	Saída da Pista
			Veículo Parado	Outros

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	-	IDENT.	02	NÃO IDENT	TOTAL 02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMAFORO	
Longo da Via	X	Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlamecada		Nebulosa		Noite	X	Desligado	
		Olhada		Garoa		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

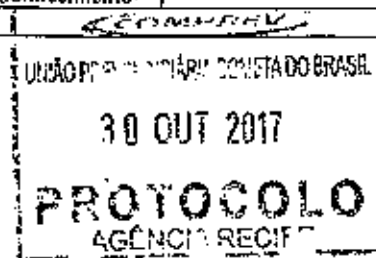
Policial	X	Placa "Pare"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F.Pedestre		Placa "Dê a Pref."		Única		Faixa Contínua	
F.Retenção		Não há Placas	X	Dupla	X	Canteiro Central	
						Blocos	
						Outros	X

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2		COMPORTAMENTO - VI/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	V2
Enc. Para Exame	V2	Socorrido	VI
Não foi Realizado	VI	Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias	



VIII - VEÍCULOS

QUANTO A TRACÇÃO - VI/V2		ESPÉCIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI/V2	Passageiro	VI/V2	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	VI/V2
De tração animal		Tração		Aluguel	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	HONDA	Modelo	CG 150	Ano	2010	Renavam	255362293	Placa	PEU-6198
Município	CATENDI PE		Nº do Chassis				Veículo de Carga nº de Fixo		
Carregado		Apreendido		X		Liberado		Evadiu - se	
Proprietário									
Residência							Bairro		
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
Condutor	FELIPE BENEDITO DA SILVA								
Residência	RUA ANTONIO MENDES, 716						Bairro	CENTRO	
Município	SÃO J.C. GRANDE PE	Rg.	10242862	Org. Exp.	SDS PE	CPF			
CNH/Pront / Nº	-	Categoria	-	Validade	-	Hora/Dia.	-		

VEÍCULO - 02

Marca	FIAT	Modelo	PALIO	Ano	1997	Renavam	-	Placa	KJA-4459
Município	BARREIROS PE		Nº do Chassis	-			Veículo de Carga nº de Fixo		
Carregado		Apreendido		X		Liberado		Evadiu - se	
Proprietário									
Residência							Bairro		
Município		Rg.		Org. Exp.		CPF			
Condutor	RONALDO FRANCISCO DOS ANJOS								
Residência	MATA DE CAJUEIRO						Bairro		
Município	SÃO J.C GRANDE PE		Rg.		Org. Exp.		CPF		
CNH/Pront./ Nº			Categoria		Validade		Hora/Dia.		

TESTEMUNHA - 01

Nome					Idade		Sexo		Profissão	
Residência					Bairro					
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		

TESTEMUNHA - 02

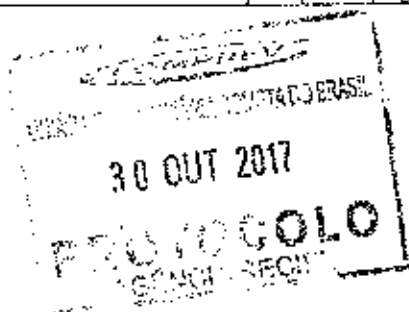
Nome					Idade		Sexo		Profissão	
Residência					Bairro					
Município		UF		Rg.		Org. Exp.		CPF		

VÍTIMA - 01

VÍTIMA - 01			Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		Mortais								
Nome			FELIPE BENEDITO DA SILVA				Motorista		X		Passageiro		Pedestre					
Estado Civil			Idade		18		Sexo		MASC		Nacionalidade		Naturalidade					
Profissão			Residência		RUA ANTONIO MENDES, 716						Bairro		CENTRO					
Município			SÃO J C GRANDE		UF		PE		Rg.		10242862		Org.Exp.		SDS PE		CPF	
Socorrido			PÓS-TO DE SAUDE										Município		SÃO J. C. GRANDE			
Dados Fornecidos Por																		
Residência														Bairro				
Município			UF				Rg.				Org.Exp.				CPF			

VÍTIMA - 02

Nome	DILMA MARIA DA SILVA				Motorista		Passageiro	X	Pedestre
Estado Civil		Idade	36	Sexo	FEM	Nacionalidade			Naturalidade
Profissão			Residência					Bairro	
Município		UF		Rg.	8407784	Org.Exp.	SSP PE	CPF	
Socorrido	PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO						Município	RECIFE	
Dados Fornecidos Por									
Residência								Bairro	
Município		UF		Rg.		Org.Exp.		CPF	



XII – INFRACÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162, I CTB)	V1	Deixar de Prestar Inform.s à acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. à Lic. (Art. 230 V CTB)	V1	Desob. Ordens do Agente trâns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Ponte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trâns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preservo Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

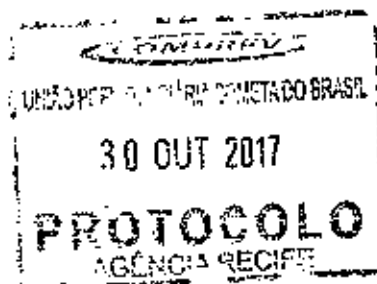
XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar		Particular		Não Efetuado		X	
2. Comunicado à Delegacia de	DP DE PALMARES						Hora	22:30
Nome do Recebedor da Ocorrência	ESCRIVAO EMANOEL						Matricula	272783-6
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	CP PM	Matricula	30511-1	NOME	RORSON BENTO		
XVIII – Digitador da SSTA	SD PM YIALLE			Of. Chefe da SSTA	CAP PM NEGROMONTE			

Conferir com o original que me foi apresentado.

Data: 17 / 07 / 2017

[Assinatura]



IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Caminhão ou Trator -		Marcha à frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO





XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir SV CNH (Art. 162, I, CTB)	☒	Deixar de prestar inform. SV (Art. 176, v, CTB)	☐
Conduzir veic. s/ doc. Port. obrig. (Art. 232 CTB)	☒	Desob. Ordem do Agente Trans. (Art. 195 CTB)	☐
Conduzir veic. s/ doc. Port. obrig. (Art. 232 CTB)	☒	Conduzir veic. c/ lacre violado (Art. 230, I CTB)	☐
Dirigir sob influência Alcool. (Art. 165 CTB)	☐	Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)	☐
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)	☐	Conduzir veic. c/ placa ileg. (Art. 230, VI, CTB)	☐
Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)	☐	Conduzir veic. Alter. De caract. (Art. 230, VII, CTB)	☐
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176, III, CTB)	☐	Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)	☐
Deixar de remover veic. Qdo Determ. (Art. 176, IV, CTB)	☐	Omitir:	☐

XIII - CROQUI

UNião Polícia Militar do Estado do Brasil
30 OUT 2017
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Re-060

Barragem

Manaus

XIV - SIMBOLOGIA

	Automóvel e outro veículos de 4 rodas		Incêndio
	Ônibus, Caminhão e Trator		Marcha à Frente
	Trem		Marcha à Ré
	Veículo de 2 ou 3 Rodas		Derrapagem
	Pedestre		Capotamento ou Tombamento
	Animal		Local da Colisão
	Objeto Fixo		Depois da colisão

XV - AVARIAS APARENTES

Honda / CB 150

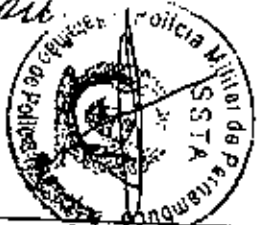
VEÍCULO - 1

Quebra-vento: perno, parafuso e fano,
lentes dianteira, retrovisores, carenagem;
Exaustor: guidão, buzinha
Quebra-vento: tanque
Banco danificado.

VEÍCULO - 02

Fiat / Palio KJA 4654

Quebra-vento: farol, para-choque
dianteiro.
Acumulado: capô.



XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

DP de Pádua

Hora: 22:30

Nome do receptor da ocorrência:

Ernesto Emmanuel

Matrícula: 272.783-6

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.	MATRÍCULA	NOME
CB / PM	30.500-1	Roberto Bento da Silva

ASS:

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:





BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)

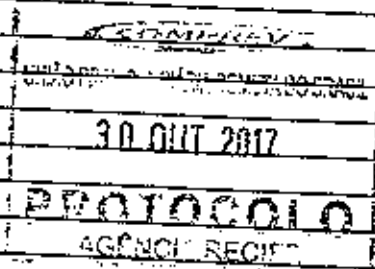


DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1-770, 2016).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(12)

EMANINHA DO
A
P



Veículo: _____
Nome do Condutor: _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Placa do Veículo: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)

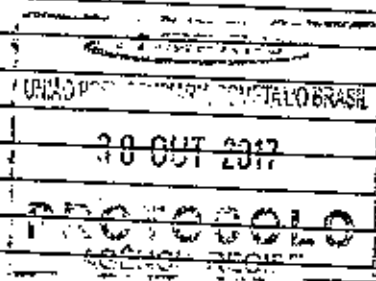


DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1-770, 2016)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(11)

50000000



[Handwritten signature]

Veículo: _____

Nome do Condutor: _____

RG: _____

Placa do Veículo: _____

Órgão Expedidor: _____

CPF: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura: _____

Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

ASI-0000855717
EU, **DILMA MARIA DA SILVA**

ASI-0000855717
CPF: 046.483.634-42
RUA 800, CENTRO
SÃO JOSÉ DA CORUA, GRANDE
PERNAMBUCO, 14.29.05

carteira de identidade nº 8.407.788 e inscrito no CPF/ME sob o nº 046.483.634-42
residente e domiciliado no(a) **D. DIO FLORENTINO (RUA) 800, CENTRO**
SÃO JOSÉ DA CORUA, GRANDE Estado de **PERNAMBUCO**, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias
para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido; 14.29.05

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre,
solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a
apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à
perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e
aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

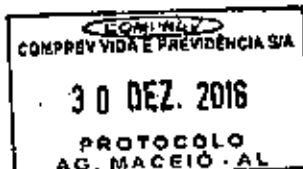
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa
prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso
discorde do seu conteúdo. 14.29.05

Dilma Maria da Silva

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

ASI-0000855717
Managge 18 de Outubro de 2016
14.29.05



PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE-PE

BASE DESCENTRALIZADA - REGISTRO DE ATENDIMENTO

Atº
Declaratório
ASL-0000
amanda.silva.0041
30/10/2017

30/10/2017
amanda.silva.0041

DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/10/16	NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 52455291
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Colisão carro + moto	
HORA DO CHAMADO: 17:45 H	CHEGADA NO DESTINO: 18:03 H
CHEGADA AO LOCAL: 17:30 H	SAÍDA DO DESTINO: 18:40 H
SAÍDA DO LOCAL: 18:00 H	CHEGADA NA BASE: 02:35 H
UNIDADE MÓVEL: 136101	

PACIENTE: Juliana Maria da Silva		IDADE: 37 anos
SEXO: F () M ()	PROFISSÃO:	
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rod. PE-160		
BAIRRO: PE-60 Ponto de Referência: Semi-junto a Pousada Reto		
SOLICITANTE: Trabalhadora Fone: Correu para a Cent. da		
CARTÃO NACIONAL DO SUS: 848-0034-3-085 1844 do car		
Fone: 98695-3195		

TIPO DO AGRAVO	
☒ CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA) ☐ SIM ☒ NÃO ☐ N° 1031	
1. ACID. AUTOMÓVEL 2. ACID. MOTOCICLETA 3. ACID. TRÂNSITO 4. ACID. CICLISTA 5. ATROPELAMENTO 6. ASFIXIA 7. QUEDA 8. INTOXICAÇÃO (por) ☐ ☒ ☐ 9. ESPALHAÇÃO/CHOQUE/FOGO tipo: ☐ ☒ ☐ 10. AGRESSÕES/VIOLENCIA () tipo: ☐ ☒ ☐	
☒ CAUSAS CLÍNICAS ☐ SIM ☒ NÃO ☐	
HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	

SINAIS VITAIS		
PA: 140 x 80	FR: 16	GLICEMIA: 129 mg/dL
PULSO: 68	TEMP. AXILAR:	SATURACÃO O ₂ : 96%

ESTADO GERAL DO PACIENTE	
☒ VIAS AÉREAS/RESPIRAÇÃO ☐ ☐ ☐ N° 1011	
1. LIVRE/ESPONTÂNEA 2. OBSTRUÇÃO PARCIAL 3. OBSTRUÇÃO TOTAL 4. CORPO ESTRANHO 5. BRONCO ASPIRAÇÃO 6. EDEMA DE GLOTE 7. OUTROS:	
☒ CIRCULAÇÃO ☐ ☐ ☐	
• PELE: () CIANOSE () FRIA () ÚMIDA () NORMAL () PALIDEZ • EDEMA: () AUSENTE () PALPEBRAL () IM. INFERIORES () ANASARCA • PERFUSÃO: () NORMAL () RETARDADA () AUSENTE	

ESTADO NEUROLÓGICO	
☒ 1. AGITAÇÃO 2. SONOLÊNCIA 3. COMA 4. CONFUSÃO 5. CONVULSÃO 6. OUTROS:	

COMPROVAÇÃO DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 DEZ. 2016
PROTÓCOLO
AG. MACÊIO - AL

ASL-000
amanda.silva.0041
30/10/2017

ASL-000
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:27:51

ASL-000
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:27:51

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RG nº 8.407.788 data de expedição 22/10/07 Órgão

CPF nº 046.483.634-42 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, segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	RUA LIDIO FLORENTINO
(Rua/Avenida/Praça)	
Número	800
Apto / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	SÃO JOSÉ DA COROIA GRANDE
Estado	PERNAMBUCO
CEP	55565-000
Telefone de Contato	(82) 39141-0977/987082109
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Maragogé, 18 de Outubro 2016.

***Assinatura do Declarante:**

COMPRESA
COMPRESA VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
30 DEZ 2016
PROTÓCOLO
MACEIO - AL

AUTENTICACÃO MECÂNICA

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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.

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, MARLOS PAULO LOPES DOS SANTOS, portador(a) do RG nº 4717338, expedido por SS/PE, em

08/04/10, CPF/CNPJ nº 833.966-324200, na

qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DILMA

MARIA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

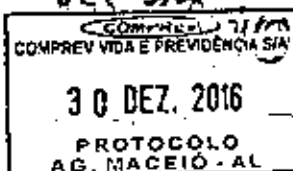
da vítima DILMA MARIA DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: REUSOU Renda Mensal: R\$ REUSOU

Documentos comprobatórios: maio 2017

ASSINATURA: MARLOS PAULO LOPES DOS SANTOS





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA OSMÁRIO OMENA DE OLIVEIRA

FICHA PARA ENCAMINHAMENTO E RETORNO

ORIGEM DO PACIENTE

Unidade de Saúde:

Município:

DESTINO DO PACIENTE

Unidade de Saúde:

Município:

DADOS DO PACIENTE

Nome:

Data do Nascimento:

Endereço:

Bairro:

Síntomas:

Diagnóstico Suspeito:

Exames Requisitados:

Médico:

Exames Feitos:

Diagnósticos:

Especialidade:

COMPLETAR VIDE A PROVA DE SAÚDE

30-DEZ-2016

PROTÓCOLO

16-140516-11



GOVERNO MUNICIPAL DE
SÃO JOSÉ
DA COROA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM
ASIA DE
EMERGÊNCIA

3		POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMEIA		Bairro: <u>Parque da Moura</u>		Data: <u>09/10/16</u>	
Paciente	Nome: <u>Amanda Maria da Silva</u>		Nº Ocorrência: <u>0000000000</u>		Data: <u>30/10/17</u>		
	Residência: <u>Luiz Antônio da Silva</u>		Telefone: <u>31111111</u>				
Responsável	Nome: <u>Américo Benedito da Silva</u>		Residência: <u>João Silva (Pão de Açúcar)</u>		Telefone: <u>31111111</u>		
	Condição		Profissão: <u>Camareira</u>	Sexo: <u>Fem.</u>	Nascimento: <u>12/03/79</u>	Nacionalidade: <u>Bras.</u>	Documento de Identidade
☐ Segurado ☐ Esposa ☐ Filhos ☐ Outros				☐ Masc. ☒ Fem.	☐ Bras. ☐ Estrang. ☐ UF	Número: <u>8.407.788</u>	Órgão Emissor: <u>22/10/2007</u>
☐ Paciente Chegou ☐ Andando ☐ De Auto ☐ Ambulância ☐ Outros		Ambulância / Hora Saída: <u>14:30</u> Chegada: <u>15:56</u>		Acidente / Hora Saída: <u>14:30</u> Chegada: <u>15:56</u>		Atendimento ☐ Acidente de Trabalho ☐ Caso Pullout	
Pressão Arterial		Pulso	Temperatura		Exames Complementares		
Max: <u>120</u> Min: <u>80</u>		<u>85</u>	Axiar: <u>36.5</u> Retal: <u>36.5</u>		<u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		
Causa provável da lesão - queixa principal		Exame Físico - Sinais - Sintomas		Tratamento: <u>Coloquio 1º V/A</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>			
30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda.silva.0041</u> <u>30/10/2017 14:30:07</u>		30/10/2017 14:30:07 <u>ASL-0000855/17</u> <u>amanda</u>			

Documentos de identificação



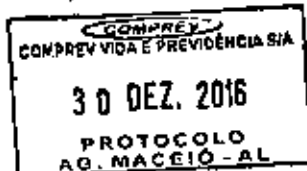
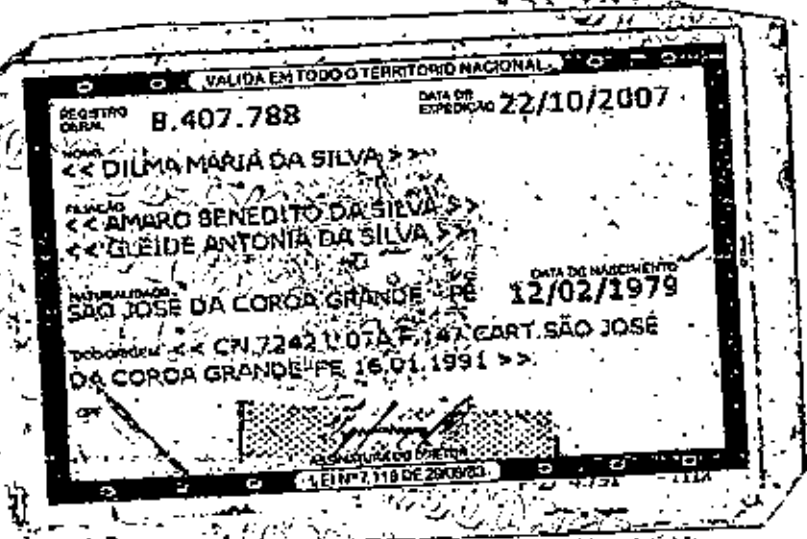
SL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:05

ASL-0000855/17

amanda



ASL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:05

ASL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:05

ASL-0000855/17

amanda.silva.0041

30/10/2017 14:31:05

BRASIL

Serviços Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.483.634-42

Nome da Pessoa Física: DILMA MARIA DA SILVA

Data de Nascimento: 12/02/1979

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 15/03/2001

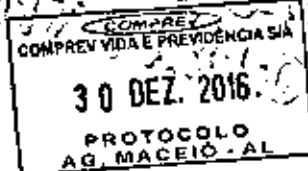
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às 16:31:17 do dia 25/11/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 5E85.A872.7AF6.A416

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

(http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp)



ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017

Documentos de identificação



3:32

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:32

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:32

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:32

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:32

Formulário de identificação pessoal e profissional, contendo dados pessoais, profissionais e de contato. O formulário é preenchido com a seguinte informação:

NOME		MARCOS PAULO LOPES DOS SANTOS	
DOC. IDENTIDADE (RG)		4117398-8	
CPF	DATA DE NASCIMENTO	28/01/1977	
035.968.524-08	28/01/1977		
FILIAÇÃO		MARCOS LOPES DOS SANTOS	
PROFISSÃO		PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL	
ENDEREÇO		RUA...	
Cidade		MACEIO	
Estado		AL	
CEP		52062-010	
Telefone		(31) 3245-1234	
E-mail		marcos@exemplo.com	
Assinatura		[Assinatura]	
Data		30/10/2017	
Hora		14:33:32	

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:32

ASL-0000855/17
amanda.silva.0041
30/10/2017 14:33:32

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589628 **Cidade:** São José da Coroa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DILMA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 09/04/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Nome: DILMA MARIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: SERVIÇOS GERAIS
Identidade: 8.407.788 CPF: 046.483.634-42
Endereço: RUA DA PISTA S/N BARRA GRANDE - MARAGOGI - AL

OUTORGADO:

Nome: MARIOS PAULO LOPES DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 4717338 CPF: 833966324-00
Endereço: RUA DA PISTA S/N BARRA GRANDE - MARAGOGI - AL

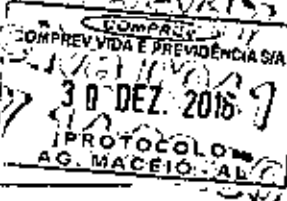
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

DILMA MARIA DA SILVA

Local e data

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)





20/10/2017 14:33:51

ASL-0000855/17
amanda.civ@0041
30/10/2017 14:33:54

ASL-0000855/17
amanda.siva.0041
30710/2017 14:33:51

451-0000855/17
 451-0000855/17
 451-0000855/17

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 DEZ 2016
PROTOCOLO
AG. MACEIÓ - AL

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 DEZ. 2016
PROTOKOLO
AC. MACEIO, AL.