
Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180508530

Vitima: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508530**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508530 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".



**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 0221206 (somente para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem exceção, 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, credora e não terá o seu impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E-mail para o Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 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

882752994-20

Nome completo da vítima

Alleniye Rodrigues da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Alleniye Rodrigues da Silva
Rua Cap. Oswaldo Freire
Cajá
salvunapuxella@hotmail.com

Cidade
Caxpina

CPF titular da conta
882752994-20

Profissão

Complemento
A

CEP
55813-550

Telefone (DDD)
8199984-3723

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECEBENDO COM MARCA	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
0,00 E ACIMA ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUXIMICA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (337) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 BANCA FEDERATIVA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº

DNV
CONTA
Nº

DNV
Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Número	DNV	DNV
Santander		
AGÊNCIA Nº	DNV	DNV
4047		1090903
Informar dígito se existir)		1
		Informar dígito se existir)

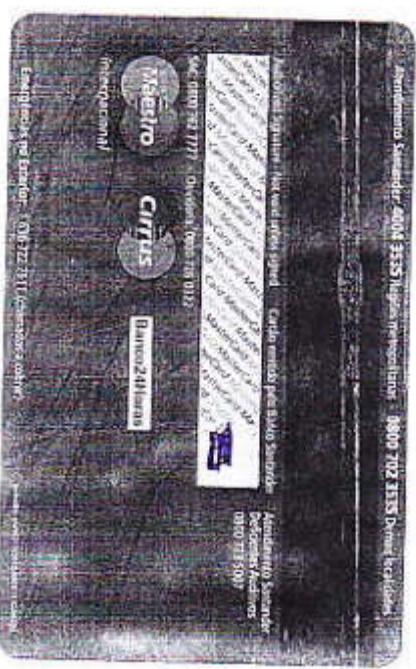
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor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

Arpiva 15 de Agosto de 2018
Total e Data

Alleniye Rodrigues da Silva
Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFERE COM
O ORIGINAL





**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 0221206 (somente para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem exceção, 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, credora e não terá o seu impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E-mail para o Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 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

882752994-20

Nome completo da vítima

Alleniye Rodrigues da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Alleniye Rodrigues da Silva
Rua Cap. Oswaldo Freire
Cajá
salvunapuxella@hotmail.com

Cidade
Caxpina

CPF titular da conta
882752994-20

Profissão

Complemento
A

CEP
55813-550

Telefone (DDD)
8199984-3723

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECEBENDO COM MARCA	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
0,00 E ACIMA ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUXIMICA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (337) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 BANCA FEDERATIVA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº
DNV
CONTA
Nº
DNV
Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Número	DNV	CONTA Nº DNV	DNV
Santander		1090903	1
AGÊNCIA Nº DNV	4047	Informar dígito se existir)	Informar dígito se existir)

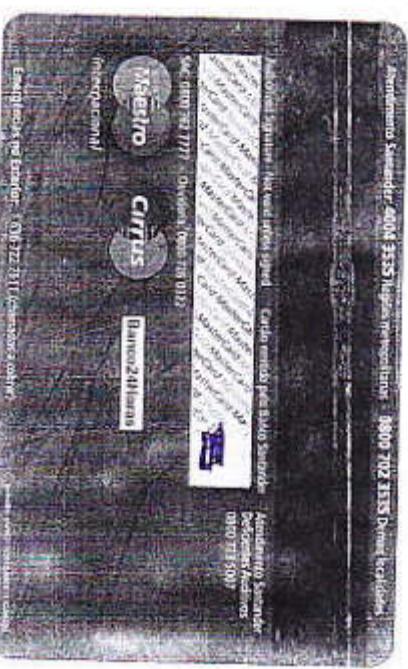
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor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

AMP/VA 15 de AGOSTO de 2018
Total e Data

Alleniye Rodrigues da Silva
Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFERE COM
O ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045º CIRCUNSCRICAO - CARPINA -
DP45ºCIRCO DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA N° 18E0135001244

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/04/2018 às
11:33

ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 11/4/2018 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR - 408 PROX A
LOMBADA ELETRONICA SENTIDO NAZARE DA MATA - Bairro: BAIRRO
NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local de Fato: VIA PUBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (Autor/Vítima);
ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA
VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

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

ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe
DIJANIRA RODRIGUES DA SILVA Pá: ARNALDO JOSE DA SILVA Data de Nascimento:
11/3/1972 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4593693/SDS/PE
(RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSOES: Telefones Celulares
- 897158583

Endereço Residencial: AVENIDA CAPITAO OSWALDO FREIRE , 889, CASA A CAJA
CARPINA-PE - CEP: 5 - Bairro: CAJA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pá: ANTONIO RAMOS DA SILVA Data de
Nascimento: 17/11/1983 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
72241956/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSOES: Telefones Celulares

CONFERE COM
O ORIGINAL

105072838

MUNICÍPIO DE NAZARÉ DA MATA, 15, LOT. NOVA NAZARÉ RUA 09
Nº 105072838
MUNICÍPIO DE NAZARÉ DA MATA - PE - CEP: 55900-000 - Bairro: CENTRO - NAZARÉ DA
MATA FERNANDES - BRASIL

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

MOTOCICLETA 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a). ALBENIZE RODRIGUES DA
SILVA que estava em posse do(a) Sr(a). ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA
CORPO: PRETO / COR MOTONETA NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido
NÃO

VERMELHA - Unidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

- PEDE 0102 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a). JOSINALDO ANTONIO
RAMOS DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a). JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA
SILVA

MOTOCICLETA HONDA NXR150 BROS Objeto apreendido Não
PRETA - Unidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PGS/FB15 (1) PEGADINHA (1) VAGA(H1) Reclamação 688003523 Chassi:
9C1MD0549EH009144
Data: 2013/07/2014 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

INFORMA O CONDUTOR DO VEÍCULO 02 QUE VINHA NA VIA JÁ CITADA NO B.O DA
PM PE QUANDO AVISTOU O VEÍCULO 01 TENTOU FREIAR MAS SEM SUCESSO. VINDO
A COLISÃO NO REFERIDO QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DA CONDUTORA
DO VEÍCULO 01 COMO TAMBÉM FRATURA NA Perna DIREITA DA MESMA SEGUNDO
DECLARAÇÕES DO REFERIDO CONDUTOR DO VEÍCULO N.º 02. AQUI PRESENTE, E B.O.
DA PM PE QUE FICA EM ANEXO. SEGUNDO DECLARAÇÕES DO MESMO QUE PELO
EXPOSTO PEDE AS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER.

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

Josinaldo Antônio Ramos da Silva
JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: FRANCISCO DE ASSIS TIBURCINO DA SILVA - Matrícula:
331.140-9





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 45^a CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45^a CIRC DINTER 1/11^a DESEÇÃO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0135001800

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2018** às 15:34

Complementa o BO Número: 18E0135001244

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 11/4/2018 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR-408 PROX A LOMBADA ELETRONICA SENTIDO NAZARE DA MATA - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
ANALICE RODRIGUES DA SILVA (OUTRO)
ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

CONFERE COM
O ORIGINAL

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

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

ANALICE RODRIGUES DA SILVA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato:

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANALICE RODRIGUES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PEA0102 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGS4818 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: 588003523 Chassi: 9C2KD0540ER009144
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

INFORMA O CONDUTOR DO VEICULO 02 QUE VINHA NA VIA JÁ CITADA NO B.O DA PM/PE QUANDO AVISTOU O VEICULO 01 TENTOU FREIAR MAS SEM SUCESSO, VINDO A COLIDIR NO REFERIDO QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DA CONDUTORA DO VEICULO 01 COMO TAMBEM FRATURA NA PERNA DIREITA DA MESMA SEGUNDO DECLARAÇÕES DO REFERIDO CONDUTOR DO VEICULO N° 02. AQUI PRESENTE, E B.O DA PM/PE QUE FICA EM ANEXO. SEGUNDO DECLARAÇÕES DO MESMO QUE PELO EXPOSTO PEDE AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER.

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

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA
(AUTOR/A AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE AMARO DE AGUIAR - Matrícula: 3847977





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045º CIRCUNSCRICAO - CARPINA -
DP45ºCIRCO DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA N° 18E0135001244

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/04/2018 às
11:33

ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 11/4/2018 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR - 408 PROX A
LOMBADA ELETRONICA SENTIDO NAZARE DA MATA - Bairro: BAIRRO
NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local de Fato: VIA PUBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (Autor/Vítima);
ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA
VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

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

ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe
DIJANIRA RODRIGUES DA SILVA Pá: ARNALDO JOSE DA SILVA Data de Nascimento:
11/3/1972 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4593693/SDS/PE
(RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSOES: Telefones Celulares
- 897158583

Endereço Residencial: AVENIDA CAPITAO OSWALDO FREIRE , 889, CASA A CAJA
CARPINA-PE - CEP: 5 - Bairro: CAJA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pá: ANTONIO RAMOS DA SILVA Data de
Nascimento: 17/11/1983 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
72241956/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSOES: Telefones Celulares

CONFERE COM
O ORIGINAL

晋书卷之三

MUNICÍPIO DE NAZARÉ DA MATA, 15, LOT. NOVA NAZARÉ RUA 99
S/N, FONTE DA NAZARÉ DA MATA - PE - CEP: 55900-000 - Bairro: CENTRO - NAZARÉ DA
MATA - PERNAMBUCO - BRASIL

seguimento de(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sra. ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA, placas: SEM PLACA, e do(a) Sra. ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA, placas: SEM PLACA, MOTONETA NÃO INFORMADA/NÃO INFORMADA Objeto apreendido.
Nao

VERMELHA - 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PEAD 102 (ESTRUTURA DA INFORMAÇÃO)

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a) JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA.

MOTOCICLETA HONDA NXR150 BROS Objeto apreendido Não PRETA 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PG54815 (1) PUMA (1) (40041H1) Reman 888003523 Class
9C1M05491R009144

Complemento / Observação

INFORMA O CONDUTOR DO VEICULO 02 QUE VINHA NA VIA JÁ CITADA NO B.O DA PM/PE QUANDO AVISTOU O VEICULO 01 TENTOU FREIAR MAIS SEM SUCESSO, VINDO A COLIDIR NO REFERIDO QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DA CONDUTORA DO VEICULO 01 COMO TAMBÉM FRATURA NA Perna DIREITA DA MESMA SEGUNDO DECLARAÇÕES DO REFERIDO CONDUTOR DO VEICULO N° 02. AQUI PRESENTE, E B.O DA PM/PE QUE FICA EM ANEXO. SEGUNDO DECLARAÇÕES DO MESMO QUE PELO EXPOSTO PEDE AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER

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

formal to Adams went to o-W.

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: FRANCISCO DE ASSIS TIBURCIO DA SILVA - Matrícula:
331.148-9





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 45^a CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45^a CIRC DINTER 1/11^a DESEÇÃO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0135001800

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2018** às 15:34

Complementa o BO Número: 18E0135001244

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 11/4/2018 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR-408 PROX A LOMBADA ELETRONICA SENTIDO NAZARE DA MATA - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
ANALICE RODRIGUES DA SILVA (OUTRO)
ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

CONFERE COM
O ORIGINAL

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

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

ANALICE RODRIGUES DA SILVA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato:

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANALICE RODRIGUES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PEA0102 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGS4818 (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: 588003523 Chassi: 9C2KD0540ER009144
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

INFORMA O CONDUTOR DO VEICULO 02 QUE VINHA NA VIA JÁ CITADA NO B.O DA PM/PE QUANDO AVISTOU O VEICULO 01 TENTOU FREIAR MAS SEM SUCESSO, VINDO A COLIDIR NO REFERIDO QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DA CONDUTORA DO VEICULO 01 COMO TAMBEM FRATURA NA PERNA DIREITA DA MESMA SEGUNDO DECLARAÇÕES DO REFERIDO CONDUTOR DO VEICULO N° 02. AQUI PRESENTE, E B.O DA PM/PE QUE FICA EM ANEXO. SEGUNDO DECLARAÇÕES DO MESMO QUE PELO EXPOSTO PEDE AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER.

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

JOSINALDO ANTONIO RAMOS DA SILVA
(AUTOR/A AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE AMARO DE AGUIAR - Matrícula: 3847977





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

Para mais informações, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (somente para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar o documento no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome da Vítima
Albenize Rodrigues da Silva CPF da Vítima
882 752 994-20 Data do Acidente
11/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome e sobrenome do Representante Legal Albenize Rodrigues da Silva	CPF do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)

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

Assinale(s) uma das opções abaixo:

1º) Um laudo do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

2º) Um laudo do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT.

3º) Um laudo do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias para o respectivo pedido.

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

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

Carapicuíba, 15 de AGOSTO de 2018
Local e Data

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Albenize Rodrigues da Silva
Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

BTC 162388

1. Hora do chamado	2. Chegada ao local	3. Saída do local	4. Hora da conclusão	5. Saída do hospital
6. Motivodislocação				7. Data
8. Tipo de recursos:	<input type="checkbox"/> 1. USA	<input checked="" type="checkbox"/> 2. UBB	<input type="checkbox"/> 3. VIR	<input type="checkbox"/> 4. Helicóptero
9. Origem do atendimento	<input type="checkbox"/> 1. Domicílio	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública	<input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5. Moto
10. Médico regulador			11. Rádio operador	12. SAD
12. Paciente			13. Soldado	
14. Data de nascimento	15. Idade	16. Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Feminino

17. Logradouro	18. Bairro	19. CEP	20. Município
21. Zona	<input type="checkbox"/> 1. Urbana	<input type="checkbox"/> 2. Rural	22. Referência
23. Local de ocorrência	24. Ocorrência relacionada ao trabalho	25. Tipo de atendimento	
<input type="checkbox"/> 1. Via Pública	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Choque	<input type="checkbox"/> 2. Causa externa
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Domicílio	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Automóvel	<input type="checkbox"/> 3. Clínico
		<input type="checkbox"/> 3. Moto	<input type="checkbox"/> 4. Pediátrico
		<input type="checkbox"/> 4. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico
		<input type="checkbox"/> 5. Outro	<input type="checkbox"/> 6. Reabilitação/Sanitar
			<input type="checkbox"/> Unid. Reforçante

26. Tipo de vítima	27. Meio de locomoção da vítima	28. Maceração do trauma
<input type="checkbox"/> 1. pedestre	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Condutor	<input type="checkbox"/> 3. Passageiro
<input type="checkbox"/> 4. Passageiro conduzida em local imediato	<input type="checkbox"/> 1. Automóvel	<input type="checkbox"/> 2. Moto
	<input type="checkbox"/> 2. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 3. A pé
	<input type="checkbox"/> 3. Outro	<input type="checkbox"/> 4. Capacete
		<input type="checkbox"/> 5. Elástico
		<input type="checkbox"/> 6. Impacto frontal
		<input type="checkbox"/> 7. Impacto lateral
		<input type="checkbox"/> 8. Impacto traseiro

29. Natureza do acidente	30. Uso de cintos de segurança	31. Uso de cinto pela vítima	32. Uso de bebida alcoólica pela vítima
<input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalroamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 4. Atropelamento	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo	<input type="checkbox"/> 2. Não
	<input type="checkbox"/> 3. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 4. Grua em ruído veículo	<input type="checkbox"/> 3. Não se aplica
		<input type="checkbox"/> 5. Outro	<input type="checkbox"/> 4. Ignorado

33. Intoxicação Exógena	34. Queda
<input type="checkbox"/> 1. Álcool	<input type="checkbox"/> 1. Própria altura
<input type="checkbox"/> 2. Drogas Síntese	<input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente
<input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos	<input type="checkbox"/> 3. Medicamentos
	<input type="checkbox"/> 4. Outros

35. Agressão	36. Quimadura	37. Tentativa de suicídio	38. Outros acidentes
<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo	<input type="checkbox"/> 1. Fogo	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Abandono
<input type="checkbox"/> 2. Arma branca	<input type="checkbox"/> 2. Substância química	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Desabrigamento
<input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual	<input type="checkbox"/> 3. Térmica (exceço fogo)	<input type="checkbox"/> 3. Não sei	<input type="checkbox"/> 3. Não sei
<input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 4. Choque elétrico		<input type="checkbox"/> 4. Outros

39. Vias aéreas	40. Respiração	41. Circulação/pulmo	42. Período peritóaco
<input type="checkbox"/> 1. Livre	<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 1. Ausente	<input type="checkbox"/> 1. > 2 dias
<input type="checkbox"/> 2. Obstruída	<input type="checkbox"/> 2. Traquipneia	<input type="checkbox"/> 2. Presente	<input type="checkbox"/> 2. < 2 dias
	<input type="checkbox"/> 3. Bradipneia	<input type="checkbox"/> 3. Chalo	<input type="checkbox"/> 4. Represada
	<input type="checkbox"/> 4. Apneia	<input type="checkbox"/> 4. Fino	
	<input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões		

43. Neurológico	44. Ecografia de CINCINNATI
<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 1. Déficit motor
<input type="checkbox"/> 2. Sonolência	<input type="checkbox"/> 2. Desvio do náuseas/vomito
<input type="checkbox"/> 3. Agitação	<input type="checkbox"/> 3. Disolvidade de fala
<input type="checkbox"/> 4. Corno	<input type="checkbox"/> 4. 2. Desvio do náuseas/vomito
<input type="checkbox"/> 5. Convulsão	<input type="checkbox"/> 5. Déficit sensitivo

45. Coloração da pele	46. Pupilas
<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 1. Miosis
<input type="checkbox"/> 2. Pálida	<input type="checkbox"/> 2. Midriase
<input type="checkbox"/> 3. Clorose	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Hiperfisi
<input type="checkbox"/> 4. Hipoparâmia	<input type="checkbox"/> 4. Não reage
<input type="checkbox"/> 5. Ictérica	<input type="checkbox"/> 5. Isocidose
	<input type="checkbox"/> 6. Anisocôndicas

47. Alergia	48. Uso medicamento	49. Alguma patologia
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Não

Qual?

50. Abertura ocular (AO)	51. Resposta verbal	52. Resposta Motor	53. Pupilas vitais - ESSV
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Espontânea (4)	<input type="checkbox"/> 1. Orientada (0)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Obediente a comandos (0)	HORA
<input type="checkbox"/> 2. À voz (3)	<input type="checkbox"/> 2. Confusa (4)	<input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5)	PA
<input type="checkbox"/> 3. À dor (2)	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3)	<input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4)	FC
<input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2)	<input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3)	FR
	<input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2)	TEMP
		<input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)	HGT

TOTAL	SCORES	SCORES	Qual?
	15		

54. Padrões lesões	Crânio	Face	Pendago	Dorsó	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
								Esquerdo	Direito

Amputação

Contusão

Escoriação

Esmagamento

Perfurante

Contuso

Fratura fechada

Fratura aberta

Laceração

55. Conduta			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Utilização de pranchas		
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Imob. Membros	<input type="checkbox"/> 4. KED		
56. Último dia de vida:			
57. Médico que recebeu:			
58. Equipe:			
Médico assistente:			
Enfermeiro:			
Técnico de enfermagem:			
Condutor/Piloto:			
Responsável pelo preenchimento:			
Solicitou apoio da UVI		<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não
Observações:			
Redirecionamento			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não			
Causa: Fractura exposta			
Destino: Clínica do Hospital			
Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.			
59. Cancelamento da ocorrência			
<input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante			
<input type="checkbox"/> 3. Por si só <input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco para a equipe			
60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE			
O subscritor certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.			
Testemunha:			
Assinatura:			
RG:			
Data: / /			
61. Múltiplos vícimas:		<input type="checkbox"/> 1. Sim.	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não
Nº de vícimas:			
Cenário:			
62. Outras descrições:			
<p>Paciente vítima de colisão entre moto x mota. Aberto contínuo E.G.R. no piloto. Permanente hemicrânica. Jejun. Tumores epiteliais em laringe e cricote. Negativo dermatite, náuseas e alergia SIC da infiltração. A lesão principal é fratura exposta com contusão média em articulação de ombro e cotovelo. No lado direito moto é maior. Pernas fraturadas, a lesão abrangendo a articulação do joelho com M.I.D. Menos lesão trânsfere + immobilizadas. Fracassado B.I.T. M.C. negativo. IMAZONIA X da clínica e csg. M.I.D. onde foi submetido a intubação médica por P.M. Clínica TV. A mesma segue internada devido ao encarceramento. Clínica de Trauma. No encarceramento de gomil. Clínica CCGG. O piloto médico respondeu e a equipe médica.</p> <p>Téc. Júnior Rodrigues 636-429</p>			

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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04047

CONTA: 00001090903-1

Nr. da Autenticação 8FAB7B35DDB8EE35

36039

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

B1. Albenize Rodrigues da SilvaRG n° 4593699, data de expedição 10/09/2014, Órgão SSP

CPF n° 882752994-20, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprovatório em nome de terceiro.

Logradouro (Rua/Avenida/ Praça)	<u>Rua Cap. Uswaldo Fruru</u>
Número	<u>899</u>
Apto / Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>Caja</u>
Idade:	<u>Carpina</u>
Estado:	<u>PE</u>
CEP	<u>55813 - 550</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99984-3723</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina 25 de Julho de 2018Assinatura do Declarante: x Albenize Rodrigues da SilvaCONFERE COM
O ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Silvana Pizzolla Góes Lima Rodrigues Nogueira inscrito (a) no CPF/CNPJ 102 319 104 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Allmenze Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 882 752 994 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Allmenze Rodrigues da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 882 752 994 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Ipe Amarelo</u>		<u>72</u>	
<u>Flaestinha</u>	<u>Carpina</u>	<u>PE</u>	<u>55817-120</u>
<u>silvanapizzolla@hotmail.com</u>	Local e Data	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>81 99984-3723</u>

Carpina , 25 de Julho de 2018

Local e Data

Silvana Pizzolla Góes Lima Rodrigues Nogueira

Assinatura do Declarante

*O CONFERE COM
O ORIGINAL*

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Silvana Pizzolla Góes Lima Rodrigues Nogueira inscrito (a) no CPF/CNPJ 102 319 104 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Allmenze Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 882 752 994 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Allmenze Rodrigues da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 882 752 994 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Ipe Amarelo</u>		<u>72</u>	
<u>Flaustinha</u>	<u>Carpina</u>	<u>PE</u>	<u>55817-120</u>
<u>silvanapizzolla@hotmail.com</u>	Local e Data	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>81 99984-3723</u>

Carpina , 25 de Julho de 2018

Local e Data

Silvana Pizzolla Góes Lima Rodrigues Nogueira

Assinatura do Declarante

*O CONFERE COM
O ORIGINAL*

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Analice Rodrigues da Silva,
RG nº 3.380.728, data de expedição 02/06/2016
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 594.041.184-04, com
domicílio na cidade de Carpina, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Dr. Asis Chateaubriand, nº 359,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Alcenice Rodrigues da Silva, cujo o condutor era
Alcenice Rodrigues da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: I/CHARMING BRAVAX BX50 CC
Ano: 2013
Placa: PEA 0102
Chassi: LTEXCBOE1002623
Data do Acidente: 11-04-2018
Local e Data: CARPINA, 06.06.18

CONFERE COM
O ORIGINAL

Analice Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO 2º Ofício BARROS E SILVA - PRÉMINTO DE PROTESTO E NOTAS | Bel. Mário Barros e Silva

Rua Dr. José Alencar, 83 - Carpina - Pernambuco - Fone: (81) 3025-0200 - Email: cartorio2oficio@bol.com.br
Reconheço, Autenticidade a Firma: ANLICE RODRIGUES DA SILVA,
lançada em minha presença dou fé. CARPINAP/PE 06/06/2018
15:40:54. Emol:3,99; TSR: 0,80; FER:0,40; Total: 4,29. Selo
nº 0074955.01104201801.00898. Consulte autenticidade em
www.tipe.jus.br/selodigital. ALBERTINA BARBOSA DE OLIVEIRA
NOVAES, SUBSTITUTA.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARPINA
UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEUBRIAND

Ficha de Atendimento

08:43h

Data: 11/04/12 Registro: 109.667 Cor: ens
Nome: Dijerandina Rodrigues da Silve
Data de nascimento: 11/03/72 Idade: 40 sexo: F naturalidade: Carpina
Endereço:

Dijerandina Rodrigues da Silve

Telefone:

359-1111 Av. Anís Chateaubriand
Bairro: Sítio Antônio Cep: Carpina

Responsável:

Estado Clínico: Pn: Flexo Mmhg, Temp: _____ C, R: _____ P:

Pressão Arterial: _____ mmHg

Respiração: _____ respirações/minuto

Cardíaca: _____ batimentos/minuto

Temperatura: _____

Condição e Avaliação: _____

Hipótese diagnóstica: _____ CID: _____

Prescrição médica: _____

Evaluador e validador de Enfermagem: _____

Assinatura do médico e carimbo: _____

Dr. (a) **RENATA LEAL DE FARIAS**

Nome do Paciente: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Registro: 0678906 Prontuário: 006197149

Convênio: BRADESCO/EMP/PER/FLEX/NAC ENF Matrícula 774457052329008

Data de Nascimento: 11/03/1972 Idade: 46 anos

Sexo: Masculino Tipo de Paciente: Urgência

Profissão:

Data de Entrada: 11/04/2018 Hora de Entrada: 11:08

Ficha de Atendimento Médico

HDA: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NEGA DESMAIO VOMITO REFERE DOR EM MID BACIA E TORAX
VEM DE OUTRA UNIDADE COM RX DE MA QUALIDADE FRATURA OSSOS PERNAS DIR

EXAME: EGB CORADA EUPNEICA CONSCIENTE ORIENTADA FERIMENTO PUNTIFORME REGIAO ANTERIOR PERNAS DIR
DOR A PALPAÇÃO E EDEMA E EQUIMOSE EM PE DIR
DOR A PALPAÇÃO HEMITORAX DIR E BACIA
SEM DISPNEIA

RADIOGRAFIAS: PERNAS
TORNOZELO
BACIA
TORAX 2 INCIDENCIAS
PE PODODACTILOS

LAUDO: RXS BACIA E TORAX SEM ALETARCOES
RX PERNAS TORNOZELO PE FRATURA OSSOS PERNAS E FRATURA SEM DESVIO EM PE METATARSO

DIAGNOSTICO: FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNAS TTO CIRURGICO
FRATURA PE

PROCEDIMENTO: CURATIVO COM RIFOCINA
TALA COXO POD#LICA (GESSADA)
LAVEI FRATURA COM 1000ML SF0.9%

MEDICAÇÃO:

EVOLUÇÃO E/OU REAVALIAÇÃO: CEFALOTINA 2G + AD EV AGORA (PROTÓCOLO FRATURA EXPOSTA)
PROFENID 01 AMP + AD AGORA
CONTACTADO DR GUTEMBERG SOBREAVISO QUE OPERARA A PACIENTE EM CARATER DE EMERGENCIA

DATA ALTA (REPOUSO): / /
CID: FRAT MEMBRO INFER NIVEL NE - T12

Dr.(a) RENATA LEAL DE FARIAS
CRM 16917-PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo

Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Palm

Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta

Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo

Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. Julio Lima e Dr. Elias Palm

Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra

Cirurgia de mão: Dr. Sandra Andrade e Dr. Renata Leal

Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Emergência 24h

Cirurgias

Internamentos

Consultas com hora marcada

Marcação de Consulta: (81) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Fernandes Vieira, 644

Bom Vista (Parque Amönim) Recife-PE

Fone: (81) 3423-2399 Fax: (81) 3423-2621

E-mail: clinicafraturas@veloxmail.com.br

Dr. (a) **GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ**
Nome do Paciente : ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA
Registro : 0680177 Prontuario : 000197140
Convênio: BRADESCO/EMP/PERFLEX/NAC ENF. Matrícula 774457052329008
Data de Nascimento : 11/03/1972 Idade: 46 anos
Sexo: Masculino Tipo de Paciente: Urgência
Profissão:
Data de Entrada: 18/04/2018 Hora de Entrada: 14:27

Ficha de Atendimento Médico

HDA : ACIDENTE HÁ CERCA DE 1 SEMANA
COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

EXAME : FERIDA LIMPA COM HEMATOMAS

RADIOGRAFIAS :

LAUDO :

DIAGNOSTICO : FRATURA DE TIBIA DIREITA

PROCEDIMENTO : CONSULTA
CURATIVO DE EXTREMIDADES

MEDICAÇÃO :

EVOLUÇÃO E/OU REAVALIAÇÃO : ORIENTAÇÃO

DATA ALTA (REPOUSO) : / /

CID : FRAT PERNA NE - S828

Dr. (a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ
CRM 13281-PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Paim
Cirurgia do Quadri: Dr. José Leal Júnior e Dr. Jorge Acosta
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo
Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Emergência 24h
Cirurgias
Internamentos
Consultas com hora marcada
Marcação de Consulta: (61) 3217-2452 / 3217-2453

Ortopedia pediátrica: Dr. Julio Lima e Dr. Elias Paim
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra
Cirurgia de mão: Dr. Sandra Andrade e Dr. Renata Leal
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Rua João Fernandes Vieira, 644
Bos Vista (Parque Amorim) Recife PE
Fone (081) 3423-2359 Fax (011) 3423-2621
E-mail: clinicafraturas@veloxmail.com.br

Dr. (a) **GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ**
Nome do Paciente : ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA
Registro : 0681000 Prontuário : 000197140
Convênio: BRADESCO/EMP/PER/FLEX/NAC ENF Matrícula 774457052329008
Data de Nascimento : 11/03/1972 Idade: 46 anos
Sexo: Masculino Tipo de Paciente: Urgência
Profissão:
Data de Entrada: 21/04/2018 Hora de Entrada: 14:02

Ficha de Atendimento Médico

HDA : TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DE Perna HÁ 14 DIAS.

EXAME : FERIDA LIMPA

RADIOGRAFIAS :

LAUDO :

DIAGNOSTICO : FRATURA DE Perna ESQUERDA

PROCEDIMENTO : CONSULTA
CURATIVO DE EXTREMIDADES

MEDICAÇÃO :

Evolução e/ou Reavaliação : RETIRADO PONTOS
INICIAR FISIOTERAPIA

DATA ALTA (REPOUSO) : / /
CID : FRAT PERNA NE - S628

Dr.(a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ
CRM 13281-PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Paim
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo
Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. Júlio Lima e Dr. Elias Paim
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra
Cirurgia de mão: Dr. Sandra Andrade e Dr. Renata Leal
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Emergência 24h
Cirurgias
Internamentos
Consultas com hora marcada
Marcação de Consulta: (81) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Formandes Vieira, 644
Boa Vista (Parque Amom) Recife PE
Fone (81) 3423-2300 Fax (81) 3423-2821
E-mail clinicafratura@veloxmail.com.br

Dr. (a) **GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ**

Nome do Paciente: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Registro: 0685485 Prontuário: 000197140

Convênio: BRADESCO/EMP/PER/FLEX/NAC ENF Matrícula 774457052329008

Data de Nascimento: 11/03/1972 Idade: 46 anos

Sexo: Masculino Tipo de Paciente: Urgência

Profissão:

Data de Entrada: 22/05/2018 Hora de Entrada: 13:31

Ficha de Atendimento Médico

HDA : TRATAMENTO DE FRATURA DE PERNAS DIREITA COM HASTE HÁ CERCA DE 1 MES

EXAME : SEM EDEMAS
SEM INFECÇÃO

RADIOGRAFIAS : PERNAS

LAUDO : RAIO X COM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO

DIAGNOSTICO : FRATURA DE PERNAS DIREITA

PROCEDIMENTO : CONSULTA

MEDICAÇÃO :

EVOLUÇÃO E/OU REAVALIAÇÃO : FISIOTERAPIA

DATA ALTA (REPOUSO): / /
CID : FRAT PERNA NE - S825

Dr (a) **GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ**
CRM 13281-PE

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo

Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Palm

Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Júnior e Dr. Jorge Acosta

Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo

Outras especialidades: Osteoporose / Tratamento das fraturas / Artroscopia / Microcirurgia

Ortopedia pediátrica: Dr. Julio Lima e Dr. Elias Palm

Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra

Cirurgia de mão: Dr. Sandra Andrade e Dr. Renata Leal

Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos

Emergência 24h

Cirurgias

Internamentos

Consultas com hora marcada

Marcação de Consulta: (81) 3217-2482 / 3217-2493

Rua João Fernandes Vieira, 644

Baía Vista (Parque Amorim) Recife PE

Fone (81) 3423-2399 Fax (81) 3423-2621

E-mail: clinicafraturas@veloxmail.com.br

Dr. (a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ

ATESTADO MEDICO

Nome do Paciente ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA
Registro 0680177

Recife, 18 de Abril de 2018

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA
ESTEVE NESTA CLINICA EM CONSULTA MEDICA, DEVENDO A PARTIR
DO DIA 18/04/2018 AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS
E/OU ESCOLARES POR UM PERÍODO DE 90 DIA(S).
C.I.D. S 82.8

Dr.(a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ
CRM 13281-PE

Dr. Gutemberg A. C. Cruz
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 13281
CNPJ - 11.010.000/0001-10

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Paulo Melo
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Elias Paim
Cirurgia do Quadril: Dr. José Leal Junior e Dr. Jorge Acosta
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tingó Justo
Outras especialidades: Ósteoporose / Tratamento das fraturas /

Ortopedia pediátrica: Dr. Eliane Brinley e Dr. Elias Paim
Cirurgia do Joelho: Dr. Joaquim Bezerra
Cirurgia da mão: Dr. Sandra Andrade e Dr. Renata Leal
Traumatologia/Cirurgia de mão: Dr. Gabriel Campos
Artroscopia / Microcirurgia

Emergências 24h
Cirurgias
Internamentos
Consultas com hora marcada
Marcação de Consulta: (81) 3217-2452 / 3217-2453

Rua João Fernandes Vieira, 644
Boa Vista (Parque Amorim) Recife PE
Fone (081) 3423-2399 Fax (81) 3423-2621
E-mail clinicalfraturas@veloxmail.com.br

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

ALDENICE RODRIGUES DA SILVA

DOC. ENTIDADE/ORG. EMISSOR (UF)
4593699 - BRF - PE

CPF
882.752.984-20 | DATA NASCIMENTO
11/03/1973

RESAÇAO
ARNALDO JOSÉ DA SILVA

DJANDIRNA RODRIGUES
DA SILVA

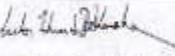
PURMISÃO: AC: CAT. HAB: AB:

Nº REGISTRO: 03654478594 | VALIDEZ: 09/09/2019 | HABILITAÇÃO: 05/08/2005

OBRIGADO
sem observações

Assinatura de Aldenice Rodrigues da Silva.

LOCAL: CARPINHA - PE | DATA EMISSÃO: 10/09/2014

ASSINATURA DO EMISSOR: 

14888881725
3886890524

CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA [] COD. RENAVAM [] R.NITRC [] EXIBICAO []
1 1072375900 00000000000000000000000000000000 2013

NOME []
ANALÍTICO / DOCUMENTO [] NOME []

CARRO LINHA []

CHP / CHP [] PLACA [] PLACA [] 0102

PLACA ANT / UF [] CHASSI [] CHASSI [] 02452

ESPELHO [] CATEGORIA [] COMBUSTIVEL [] GÁSOLINA

MARCA / MODELO [] ANO FAB [] ANO MOD []

CAP / POT / CL [] CATEGORIA [] COR PRIMORNA [] VERMELHA

COTA UNICA [] VEND. COTA UNICA [] VEND. / COTAS []

PARCELADA [] PARCELAMENTO / COTAS [] 1º []

PREMIO TAFETALINO (R\$) [] PREMIO TOTAL (R\$) [] DATA DE PAGAMENTO []

SEGURADA [] / OBSERVAÇÕES []

SEN. REGISTRA [] / DATA []

DATA [] / DATA []

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGUNDO OBRIGATÓRIO

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA

- 2º COTA

IPVA

- 3º COTA OU COTA UNICA

DETTRAN

CONTTRAN

CARPINA 18 DE OUTUBRO DE 2018

A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS SEGURO DPVAT

SETOR ADMINISTRATIVO

VITIMA: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

SINISTRO: 3180/376535

Venho por meio solicitar a esta Seguradora a reanálise do meu processo, cobertura Invalidez, visto que devido a minha fratura e mesmo após a fisioterapia sinto dificuldades, que não fui avaliada por nenhum medico desta seguradora, peço então que liberem minha perícia médica, para que possa ser constatada minha debilidade, caso não obtenha sucesso buscarei meus direitos judicialmente.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

Atenciosamente,



ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

CPF: 882.752.994-20

FONE: (81) 99984-3723/ (81) 99209-8154

ATESTADO MEDICO

Nome do Paciente: ALGENIZE RODRIGUES DA SILVA
Registro: 1680177

Recife - 18 de Abril de 2015

ATESTO PARA OS DEIXOIS FAIS QUE O PACIENTE: ALGENIZE RODRIGUES DA SILVA
ESTEVE NESTA CLINICA EM CONSULTA MEDICA DE RECUPERAÇÃO - PASTOR
DO DIA 18/04/2015 AFAGOTOU-SE DE SUAS ATIVIDADES PROFESSUAIS
ESCOLARES, POR UM PERÍODO DE 90 DIAS.
CÓD: 5826

Dr(a) GUTEMBERG ALEXANDRE DA CUNHA CRUZ
CRM-13261

Dr. Gutemberg A. C. Cruz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-13261
C.R.O. 100%

Cirurgia da coluna vertebral: Dr. Fábio Mello
Cirurgia do pé e tornozelo: Dr. Flávio Paixão
Cirurgia do Quadril: Dr. José Léa Júnior e Dr. Jorge Andrade
Cirurgia do ombro e cotovelo: Dr. Tiago Justo
Cirurgia ortopédica: Ortopedista / Tratamento das fraturas

Cirurgia pediátrica: Dr. Elione Schreyer da Rosa Paim
Cirurgia do joelho: Dr. Joaquim Bezerra
Cirurgia de mão: Dr. Sandra Andrade e Dr. Renata Léa
Traumatologia/Cirurgia de mao: Dr. Gabriel Campos
Arthroscopia / Microcirurgia

Endereço: Rua

CEP:

Município:

Estado:

Telefone: (81) 3217-7861 / 3217-7851

Rua José Fernandes, nº 542
Bairro: Recife-PE
Cidade: Recife-PE
CEP: 54010-022
Email: info@centrodefratura.com.br

Hospital de Fraturas

07-641 RENATA LEAL DE FARIAS
Nascimento, 07-641 ALVES DE SOBRINHO DA SILVA
Santos (010) 9960-10000 - Protocolo (010) 997142
Centro: ABADIA/EMPERER/JOVANAC ENF. Manaus 67052529008
Cida de Manaus - 693-1472 - CEP: 69000-000
Soc. Manaus - Centro Manaus - Manaus
Profissão:
Dra. Enfermeira - 04-2013 - Número: 0008

Ficha de Atendimento Médico

HDA : PACIENTE TRAZIDA PELO SAGU 07/08/2010. DENTRO DO VÔMICO NEUROLOGICO VOMITO REFERE DOR EM MIO
BACIA E TORAX.

VENDE OUTRA UNIDADE COMUM DE MARCA. DADA FRATURA OSSOS PERNAS DIR

EXAME F: ECB CORADA E LINDA CONSCIENTE ORIENTADA PERTINENTES P/UNIFORME REGAO ANTERIOR PERNAS DIR
DOR A PALPACAO E DORSO E ESCAMOSA ESTREITA DIR
DOR A PALPACAO HEMITORAX DIREITO BACIA
SEN TISNEIA

RADIOGRAFIAS PERNAS

TORNOZELO

BACIA

TORAX E ALCUNHAS

DE PODOCASTROS

LAUDO : RXS BACIA E TORAX SEM ALTERACOES

RX PERNAS TORNOZELO PEI FRATURA OSSOS PERNAS E FRATURA SEM DESVIO TM PEI METATARSO

DIAGNOSTICO : FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNAS ITO CIRURGICO
FRATURA PE

PROCEDIMENTO : CIRURGICO CIRURGICO

NAO HOUVE HEMORRAGIA INFERIOR

LAVO, FAUTURA, TROMBOGRAMA, CTG, ETC

MEDICACAO :

EVOLUCAO EOU REAVALIACAO : CEFALOTINA 2G+ ADHEZ AGORA (PROTÓCOLO FRATURA EXPOSTA)

PROTÓCOLO AMP + ALIVIO DOR

CONTROLE DOR GUTAMATO INTRAVASCULAR QUE OPERA P/ O PACIENTE E ULTRAPASSAR DE EMERGENCIA

DATA ALTA (REPOUSO):

CID : FRATURA NIVEL INF NIVEL INF T12

Dra. RENATA LEAL DE FARIAS
CRM 16911/PE

Clínica de cirurgia geral Dr. Paulo Coelho

Cirurgia do pé e tornozelo Dr. Elton Pinto

Cirurgia do ombro Dr. André Andrade e Dr. Júlio Ernesto

Cirurgia da coluna e cintura Dr. May, Justo

Outras especialidades: Osteoporose - Tratamento das fraturas - Artróscopia - Microcirurgia

Ortopedopediatra Dr. José Lima e Dr. Elias Paim

Cirurgia do joelho Dr. Joaquim Bezerra

Cirurgia do ombro Dr. Sávio Andrade e Dr. Renato Leal

Tratamento da artrose Dr. Geraldo Carvalho

Endereço:

Rua 24h

Centro

Manaus - Amazonas - Brasil

CEP: 69000-000 - Fone: (010) 9960-10000

E-mail: renatafarias@bol.com.br

E-mail: rafafaria@bol.com.br

E-mail: rafafaria@bol.com.br

E-mail: rafafaria@bol.com.br

1. Hora de chamado	2. Chegada no local	3. Saída do SAMU	4. Hora de atendimento	5. Saída da unidade
6. Motivo da ligação	7. URG	8. URG	9. Não urgente	10. URG
11. Tipo de resgate	12. URG	13. URG	14. Não urgente	15. URG
16. Círculo de atendimento	17. Doméstico	18. Via Pública	19. Unidade de Saúde	20. SED
21. Meio de resgate	22. Resgate pedestre			
23. Paciente				
24. Data de nascimento	10.10.00	16. Sexo	17. Solteiro	18. Casado
25. Localização	26. Endereço	27. Endereço	28. Endereço	29. Endereço
30. Local de ocorrência	31. Localização	32. Localização	33. Localização	34. Localização
35. 1. Via Pública	36. 1. Sim	37. 1. Automóvel	38. 2. Casas externas	39. 1. Radial
36. 2. Doméstico	37. 2. Não	38. 2. Moto	39. 2. Rua	39. 2. Rodovia
38. 3. Automóvel		39. 3. Bicicleta	40. 3. Estrada/Senda	40. 3. Praia
39. 4. Aeronave		40. 4. Outro		
40. 5. Barco		41. 5. Outro		
41. 6. Trem		42. 6. Outro		
42. 7. Táxi		43. 7. Outro		
43. 8. Vôo		44. 8. Outro		
44. 9. Barco		45. 9. Outro		
45. 10. Outro		46. 10. Outro		
47. 11. Outro		48. 11. Outro		
49. 12. Outro		50. 12. Outro		
51. 13. Outro		52. 13. Outro		
53. 14. Outro		54. 14. Outro		
55. 15. Outro		56. 15. Outro		
57. 16. Outro		58. 16. Outro		
59. 17. Outro		59. 17. Outro		
60. 18. Outro		60. 18. Outro		
61. 19. Outro		61. 19. Outro		
62. 20. Outro		62. 20. Outro		
63. 21. Outro		63. 21. Outro		
64. 22. Outro		64. 22. Outro		
65. 23. Outro		65. 23. Outro		
66. 24. Outro		66. 24. Outro		
67. 25. Outro		67. 25. Outro		
68. 26. Outro		68. 26. Outro		
69. 27. Outro		69. 27. Outro		
70. 28. Outro		70. 28. Outro		
71. 29. Outro		71. 29. Outro		
72. 30. Outro		72. 30. Outro		
73. 31. Outro		73. 31. Outro		
74. 32. Outro		74. 32. Outro		
75. 33. Outro		75. 33. Outro		
76. 34. Outro		76. 34. Outro		
77. 35. Outro		77. 35. Outro		
78. 36. Outro		78. 36. Outro		
79. 37. Outro		79. 37. Outro		
80. 38. Outro		80. 38. Outro		
81. 39. Outro		81. 39. Outro		
82. 40. Outro		82. 40. Outro		
83. 41. Outro		83. 41. Outro		
84. 42. Outro		84. 42. Outro		
85. 43. Outro		85. 43. Outro		
86. 44. Outro		86. 44. Outro		
87. 45. Outro		87. 45. Outro		
88. 46. Outro		88. 46. Outro		
89. 47. Outro		89. 47. Outro		
90. 48. Outro		90. 48. Outro		
91. 49. Outro		91. 49. Outro		
92. 50. Outro		92. 50. Outro		
93. 51. Outro		93. 51. Outro		
94. 52. Outro		94. 52. Outro		
95. 53. Outro		95. 53. Outro		
96. 54. Outro		96. 54. Outro		
97. 55. Outro		97. 55. Outro		
98. 56. Outro		98. 56. Outro		
99. 57. Outro		99. 57. Outro		
100. 58. Outro		100. 58. Outro		
101. 59. Outro		101. 59. Outro		
102. 60. Outro		102. 60. Outro		
103. 61. Outro		103. 61. Outro		
104. 62. Outro		104. 62. Outro		
105. 63. Outro		105. 63. Outro		
106. 64. Outro		106. 64. Outro		
107. 65. Outro		107. 65. Outro		
108. 66. Outro		108. 66. Outro		
109. 67. Outro		109. 67. Outro		
110. 68. Outro		110. 68. Outro		
111. 69. Outro		111. 69. Outro		
112. 70. Outro		112. 70. Outro		
113. 71. Outro		113. 71. Outro		
114. 72. Outro		114. 72. Outro		
115. 73. Outro		115. 73. Outro		
116. 74. Outro		116. 74. Outro		
117. 75. Outro		117. 75. Outro		
118. 76. Outro		118. 76. Outro		
119. 77. Outro		119. 77. Outro		
120. 78. Outro		120. 78. Outro		
121. 79. Outro		121. 79. Outro		
122. 80. Outro		122. 80. Outro		
123. 81. Outro		123. 81. Outro		
124. 82. Outro		124. 82. Outro		
125. 83. Outro		125. 83. Outro		
126. 84. Outro		126. 84. Outro		
127. 85. Outro		127. 85. Outro		
128. 86. Outro		128. 86. Outro		
129. 87. Outro		129. 87. Outro		
130. 88. Outro		130. 88. Outro		
131. 89. Outro		131. 89. Outro		
132. 90. Outro		132. 90. Outro		
133. 91. Outro		133. 91. Outro		
134. 92. Outro		134. 92. Outro		
135. 93. Outro		135. 93. Outro		
136. 94. Outro		136. 94. Outro		
137. 95. Outro		137. 95. Outro		
138. 96. Outro		138. 96. Outro		
139. 97. Outro		139. 97. Outro		
140. 98. Outro		140. 98. Outro		
141. 99. Outro		141. 99. Outro		
142. 100. Outro		142. 100. Outro		
143. 101. Outro		143. 101. Outro		
144. 102. Outro		144. 102. Outro		
145. 103. Outro		145. 103. Outro		
146. 104. Outro		146. 104. Outro		
147. 105. Outro		147. 105. Outro		
148. 106. Outro		148. 106. Outro		
149. 107. Outro		149. 107. Outro		
150. 108. Outro		150. 108. Outro		
151. 109. Outro		151. 109. Outro		
152. 110. Outro		152. 110. Outro		
153. 111. Outro		153. 111. Outro		
154. 112. Outro		154. 112. Outro		
155. 113. Outro		155. 113. Outro		
156. 114. Outro		156. 114. Outro		
157. 115. Outro		157. 115. Outro		
158. 116. Outro		158. 116. Outro		
159. 117. Outro		159. 117. Outro		
160. 118. Outro		160. 118. Outro		
161. 119. Outro		161. 119. Outro		
162. 120. Outro		162. 120. Outro		
163. 121. Outro		163. 121. Outro		
164. 122. Outro		164. 122. Outro		
165. 123. Outro		165. 123. Outro		
166. 124. Outro		166. 124. Outro		
167. 125. Outro		167. 125. Outro		
168. 126. Outro		168. 126. Outro		
169. 127. Outro		169. 127. Outro		
170. 128. Outro		170. 128. Outro		
171. 129. Outro		171. 129. Outro		
172. 130. Outro		172. 130. Outro		
173. 131. Outro		173. 131. Outro		
174. 132. Outro		174. 132. Outro		
175. 133. Outro		175. 133. Outro		
176. 134. Outro		176. 134. Outro		
177. 135. Outro		177. 135. Outro		
178. 136. Outro		178. 136. Outro		
179. 137. Outro		179. 137. Outro		
180. 138. Outro		180. 138. Outro		
181. 139. Outro		181. 139. Outro		
182. 140. Outro		182. 140. Outro		
183. 141. Outro		183. 141. Outro		
184. 142. Outro		184. 142. Outro		
185. 143. Outro		185. 143. Outro		
186. 144. Outro		186. 144. Outro		
187. 145. Outro		187. 145. Outro		
188. 146. Outro		188. 146. Outro		
189. 147. Outro		189. 147. Outro		
190. 148. Outro		190. 148. Outro		
191. 149. Outro		191. 149. Outro		
192. 150. Outro		192. 150. Outro		
193. 151. Outro		193. 151. Outro		
194. 152. Outro		194. 152. Outro		
195. 153. Outro		195. 153. Outro		
196. 154. Outro		196. 154. Outro		
197. 155. Outro		197. 155. Outro		
198. 156. Outro		198. 156. Outro		
199. 157. Outro		199. 157. Outro		
200. 158. Outro		200. 158. Outro		
201. 159. Outro		201. 159. Outro		
202. 160. Outro		202. 160. Outro		
203. 161. Outro		203. 161. Outro		
204. 162. Outro		204. 162. Outro		
205. 163. Outro		205. 163. Outro		
206. 164. Outro		206. 164. Outro		
207. 165. Outro		207. 165. Outro		
208. 166. Outro		208. 166. Outro		
209. 167. Outro		209. 167. Outro		
210. 168. Outro		210. 168. Outro		
211. 169. Outro		211. 169. Outro		
212. 170. Outro		212. 170. Outro		
213. 171. Outro		213. 171. Outro		
214. 172. Outro		214. 172. Outro		
215. 173. Outro		215. 173. Outro		
216. 174. Outro		216. 174. Outro		
217. 175. Outro		217. 175. Outro		
218. 176. Outro		218. 176. Outro		
219. 177. Outro		219. 177. Outro		
220. 178. Outro		220. 178. Outro		
221. 179. Outro		221. 179. Outro		
222. 180. Outro		222. 180. Outro		
223. 181. Outro		223. 181. Outro		
224. 182. Outro		224. 182. Outro		
225. 183. Outro		225. 183. Outro		
226. 184. Outro		226. 184. Outro		
227. 185. Outro		227. 185. Outro		
228. 186. Outro		228. 186. Outro		
229. 187. Outro		229. 187. Outro		
230. 188. Outro		230. 188. Outro		
231. 189. Outro		231. 189. Outro		
232. 190. Outro		232. 190. Outro		
233. 191. Outro		233. 191. Outro		
234. 192. Outro		234. 192. Outro		
235. 193. Outro		235. 193. Outro		
236. 194. Outro		236. 194. Outro		
237. 195. Outro		237. 195. Outro		
238. 196. Outro		238. 196. Outro		
239. 197. Outro		239. 197. Outro		
240. 198. Outro		240. 198. Outro		
241. 199. Outro		241. 199. Outro		
242. 200. Outro		242. 200. Outro		
243. 201. Outro		243. 201. Outro		
244. 202. Outro		244. 202. Outro		
245. 203. Outro		245. 203. Outro		
246. 204. Outro		246. 204. Outro		
247. 205. Outro		247. 205. Outro		
248. 206. Outro		248. 206. Outro		
249. 207. Outro		249. 207. Outro		
250. 208. Outro		250. 208. Outro		
251. 209. Outro		251. 209. Outro		
252. 210. Outro		252. 210. Outro		
253. 211. Outro		253. 211. Outro		
254. 212. Outro		254. 212. Outro		
255. 213. Outro		255. 213. Outro		
256. 214. Outro		256. 214. Outro		
257. 215. Outro		257. 215. Outro		
258. 216. Outro		258. 216. Outro		
259. 217. Outro		259. 217. Outro		
260. 218. Outro		260. 218. Outro		
261. 219. Outro		261. 219. Outro		
262. 220. Outro		262. 220. Outro		</

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Albenize Rodrigues da Silva, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Vendedora, residente e domiciliado à Rua Ju. Capitão Isvaldo Frinie, Nº 8994, Bairro Caípi, Municipio de Carpina, estado de PE, CEP 55813 000, portador(a) do RG Nº 4593 699 e CPF Nº 882 752 994-20.

OOUTORGADO: Sabrina Priscilla Gomes de Lima Rezende Heráclio, brasileira, solteira, profissão me recuso, residente e domiciliado na Rua Ipê Amarelo nº72, Bairro de Florestinha, município de Carpina, Estado de Pernambuco, CEP 55817-120, portador do RG. 7.852.057 SDS/PE e CPF Nº 102.319.104-01.

Por este instrumento particular de precuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) _____ ocorrido em ____/____/____ conforme registrado em BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/ crédito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Carpina, 06 de Junho de 2018.

Albenize Rodrigues da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº _____

CONFERE COM
O ORIGINAL

CARTÓRIO 2º Ofício Barros e Silva - PRATICAS DE PROTESTO E NOTAS | Bel. Mário Barros e Silva

Av. São Paulo, 1000 - Centro - Caruaru - PE - CEP 56301-020 - Fone: (87) 3231-0200 | Telefax: (87) 3231-0201
Reconheço, autenticidade a firma: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA,
lançada em minha presença dou fé. CARPINHA/PE 06/06/2018
15:40:54. Ead:3,99; TSH: 0,80; FEE:0,40; Total: 4,79. Selo
nº 0074955.IPH4201001.03899. Comprova autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital. ALBERINDA APREZA DE OLIVEIRA
NOVES, SUBSTITUTA. _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394735/18

Vítima: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

CPF: 882.752.994-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/04/2018

Titular do CPF: ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO : 102.319.104-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALBENIZE RODRIGUES DA SILVA : 882.752.994-20

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/10/2018

Nome: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO
CPF: 102.319.104-01

Data do cadastramento: 29/10/2018

Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

INA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HER/

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR