

---

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDJANE FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180221380**

Vitima: **EDJANE FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **23/01/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180221380**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** EDJANE FERREIRA DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180221380

**Vitima:** EDJANE FERREIRA DA SILVA

**Data do Acidente:** 23/01/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180221380**.

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**



---

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDJANE FERREIRA DA SILVA**

**Sinistro:** **3180221380**

**Vítima:** **EDJANE FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente:** **23/01/2016**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180221380** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Carta n°: 13189733

A/C: EDJANE FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180221380  
Vitima: EDJANE FERREIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 23/01/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDJANE FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000922-9

Conta: 000010029752-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

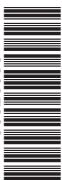
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180221380**

Nome do(a) Examinado(a): **EDJANE FERREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSÉ BRASIL nº 125 - SANTO ANTONIO - GRAVATA/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7222473 - SSP**

Data e local do acidente: **23/01/2016 GRAVATA/PE**

Data e local do exame: **26/07/2018 RECIFE/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**LUXACAO DO JOELHO DIREITO COM LESAO LIGAMENTAR**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO 5 PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DO JOELHO DIREITO; EM AGOSTO/16, COM RECONSTRUCAO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. EM 28/11/16: ARTROSCOPIA, RECONSTRUCAO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, MENISCECTOMIA, SINOVECTOMIA E TRANSFERENCIA DE MAIS DE UM TENDAO EM Perna ESQUERDA. CIRURGIA EM JANEIRO/17, FEVEREIRO/17, A ULTIMA CIRURGIA, EM 16/05/17: POR NOVA RUTURA DAS ESTRUTURAS DO CANTO POSTERO-LATERAL - RECONSTRUCAO DO CANTO, REFORCO EXTRA ARTICULAR, ARTROTOMA, NEUROLISE DO NERVO FIBULAR COMUM. FEZ FISIOTERAPIA. ESTA EM ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**APRESENTA MARCHA MODERAMENTE ESCARVANTE, INSTABILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, FORCA MUSCULAR DIMINUIDA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ**

**Dra. Dores M. B. C. Mendes**  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDUARDA FERREIRA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.222.473.505/PE EXPEDIDO POR SEC. DE FÉS SOCIAIS/PE EM 30/10/2002

CPF 056.604.941-92 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

E RENDA MENSAL DE R\$ 963,33 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDUARDA FERREIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922-9 N° da CONTA (com dígito, se existir) 29.752-6**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASILE E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

GRAVATÁ/PE, PE 13 de ABRIL de 2012  
LOCAL E DATA

+Edgaine Ferreira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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 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	Nome completo da vítima
	056.604.344-38	EDJANE FERREIRA DA SILVA

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDJANE FERREIRA PA SILVA	CPF titular da conta 056.604.344-38	Profissão AVV- ESCOLHA
Endereço R. José BRASIL	Número 125	Complemento
Bairro SAUÍT ANTONIO	Cidade GRAVATÁ	Estado PE
Email ELECID 322@GMAIL.COM	CEP 55642-835	Telefone (DDD) (81) 3.311.5-7734

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

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (704)

AGÊNCIA NRO.  DNV  CONTA NRO.  DNW  
 (Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NRO.	DN	
BANCO DO BRASIL		001	
AGÊNCIA NRO.	DNV	CONTA NRO.	DNW
0922	9	29.752	6
(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 Lider 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.

GRAVATÁ/PE, 21 de MAIO de 2018

Local e Data

Edjane Ferreira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL S.A.  
00/01/2018 ABONO ALIMENTARÍO 11.03.44  
REF:27383

**EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLIS CONSOLIDADA**

MOVIMENTAÇÃO	DATA	VALOR
Saldo Inicial	00/01/2018	R\$ 0,00
Saldo Atualizado	00/01/2018	R\$ 0,00
Despesa com Cartão	00/01/2018 R\$ 8.500,00 EQUITY	R\$ 8.500,00
Despesa Poupança	00/01/2018 R\$ 0,00	R\$ 0,00
Saldo Final	00/01/2018	R\$ 0,00
<b>MOVIMENTOS FINAIS:</b>		
0001 PGT CARTAO 07000387 00	0,00,00	
Investimento Recarga Celular	01/01/2018	R\$ 1.000,00
Saldo Disponível	01/01/2018	R\$ 1.000,00
Data de Encerramento	01/01/2018	R\$ 1.000,00
Saldo de Débito de Débito	01/01/2018	R\$ 0,00
Saldo de Débito de Débito	01/01/2018	R\$ 0,00
Despesas de acordo com o solicitante das regras	01/01/2018	R\$ 0,00
Despesas de acordo com o solicitante das regras	01/01/2018	R\$ 0,00
DEBEM APENAS FINANCIAR		
POUPANCA PLS01 AUTOMATICA	01/01/2018	R\$ 0,00
<b>(*) Saldo atualizado ate 00.00 2018</b>		
<b>Saldo de Crédito</b>		
- Financiamentos de Bens/Serviços		
DISPONIBILIDADE INDEFINIDA Representam os recursos		
disponíveis para você e estão sujeitos a condições		
de amortização da contratação.		

**OBSERVAÇÕES:**

Caso haja versão comum conservar este documento e outras informações.

BANCO DO BRASIL S.A.  
00/01/2018 ABONO ALIMENTARÍO 11.03.44  
REF:27383

**EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLIS CONSOLIDADA**

**MOVIMENTAÇÃO:** DATA: 00/01/2018 VALOR: R\$ 0,00

MOVIMENTAÇÃO	DATA	VALOR
Saldo Inicial	00/01/2018	R\$ 0,00
Saldo Atualizado	00/01/2018	R\$ 0,00
Despesa com Cartão	00/01/2018 R\$ 8.500,00 EQUITY	R\$ 8.500,00
Despesa Poupança	00/01/2018 R\$ 0,00	R\$ 0,00
Saldo Final	00/01/2018	R\$ 0,00

MOVIMENTAÇÃO FINAIS:	DATA	VALOR
0001 PGT CARTAO 07000387 00	0,00,00	
Investimento Recarga Celular	01/01/2018	R\$ 1.000,00
Saldo Disponível	01/01/2018	R\$ 1.000,00
Data de Encerramento	01/01/2018	R\$ 1.000,00
Saldo de Débito de Débito	01/01/2018	R\$ 0,00
Saldo de Débito de Débito	01/01/2018	R\$ 0,00
Despesas de acordo com o solicitante das regras	01/01/2018	R\$ 0,00
Despesas de acordo com o solicitante das regras	01/01/2018	R\$ 0,00
DEBEM APENAS FINANCIAR		
POUPANCA PLS01 AUTOMATICO	01/01/2018	R\$ 0,00

**(\*) Saldo atualizado ate 00.00 2018**

Saldo de Crédito	VALOR
- Financiamentos de Bens/Serviços	
DISPONIBILIDADE INDEFINIDA Representam os recursos	
disponíveis para você e estão sujeitos a condições	
de amortização da contratação.	

**DISCUSSÃO:**

Caso haja versão comum conservar este documento e outras informações.

卷之三

新嘉坡人頭稅  
MACE 人頭稅

（以太增压器的输出功率为 3.1MPa 时的压缩比）

加國籍，鹿鳴：96  
支持：96

项目	金额(元)	占比%
工资福利费	19,137,397	50.00
办公费	6,000	0.00
差旅费	8,611,203	22.00
会议费	1,000	0.00
培训费	1,000	0.00
租赁费	1,000	0.00
其他费用	1,000	0.00
合计	38,757,600	100.00

#### **ANSWERABLE:**

En el caso que se da en la figura 10-1, el resultado es:

<sup>1</sup> See also the discussion in the previous section.

# Boletim de Ocorrência

CARTEIRO DO 2º OFÍCIO - SERVIÇOS REGISTRAL E NOTARIAL  
Faz e Atesta o que se segue: El - Ofício - CEP 5500-000 - Gravataí  
RG 1053114-0 - CNH 1053114-0 - Telefone (51) 3202-2000  
CONFERI: está conforme o original que me foi apresentado,  
dou fé. Gravataí, 13/04/2018 16:40:24  
selo: 0077123.CSF0220180701039

Orlindo do Nascimento Junior  
Entregue a mim, Orlindo do Nascimento Junior  
Documentos RG: 11 - TSNR R\$0,68 Total a Pagar R\$0,68  
ORLANDO

CONSULTE AUTENTICADA EM WWW.TELE.POLICIA.EST.GOV.BR/BOLETIM

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0152000843**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/03/2017** às **10:53**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **23/1/2016** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, BAIRRO N. SRA. DAS GRAÇAS, GRAVATA,PE** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
EDJANE FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDJANE FERREIRA DA SILVA**

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

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EDJANE FERREIRA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ODETE JOVENTINA DA SILVA** Pai: **VICENTE FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **4/11/1984** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7222473/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE COZINHA** Telefones Celulares: **- 994457734**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, RUA JOSÉ BRASIL, 125, BAIRRO SANTO ANTONIO , GRAVATA,PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA** (VEICULO) de propriedade do(a)-Sr(a): **EDJANE FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDJANE FERREIRA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCY1007** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

27-08-2018 16:59 945761 VI

### Complemento / Observação

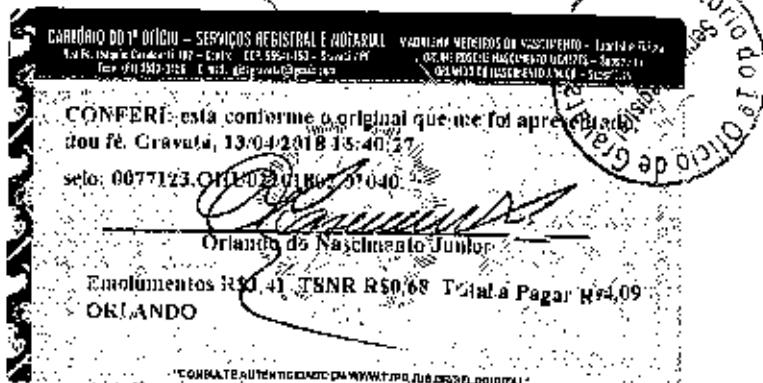
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE EDJANE FERREIRA DA SILVA , PARA QU  
FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA QUANDO CONCUZIA SUA MOTOCICLETA , ACIMA CITADA ;  
E PRECISOU PARAR NA NUM CRUZAMENTO PARA DÁ PREFERENCIA Á UMA FIAT/STRADA ; QUE O  
MOTORISTA DA STRADA ESTAVA ATENDENDO O CELULAR E, SEM PRESTAR A ATENÇÃO , NÃO VIU QUE  
A VITIMA HAVIA PARADO E ACABOU PASSANDO COM SEU CARRO POR CIMA DO PNEU DA FRENTA DA  
REFERIDA MOTOCICLETA , OCASIONANDO GRAVES LESÕES NO JOELHO DA Perna DIREITA DA  
VITIMA , VINDO A ROMPER TODOS OS LIGAMENTOS DO JOELHO ; QUE A VITIMA JÁ FOI SUBMETIDA À  
CINCO CIRURGIAS , RESTANDO AINDA UMA A SER FEITA ; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR  
POPULARES PARA O HOSPITAL VIRGINIA GUERRA , NESTA CIDADE, POSTERIORMENTE, FOI  
ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ,EM MORENO,PE ;

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

Edjane Ferreira da Silva

**EDJANE FERREIRA DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: WILSON JOSE DA SILVA - Matrícula: 296893-2



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**



Eu, EDJANE FERREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 7.222.473.505/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 056.604.944-32, residente e domiciliado na RUA JOSÉ BRASIL, N° 126, BAIRRO SANTO ANTÔNIO, Cidade GRAVATÁ, Estado 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;

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.

Edjane Ferreira da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

GRAVATÁ, 13 DE ABRIL DE 2012

Local e data

VI 99/SP006598-12

LJML 0004

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDJANE FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00922-9

CONTA: 000010029752-8

---

Nr. da Autenticação 42BF2CE3871AF324



00157

RECEBO	<p>RECEBEMOS O ORIGINAL DE COMPROVANTE DE PAGAMENTO BANCÁRIO DA COMPRA ESPECIFICADA AO LADO</p>	<p>NF: DATA: COMPARTILHAR VALOR:</p> <p><b>"ISENTO COMPROVACAO"</b></p>	<p>ASSINATURA DO ENTREGADOR: XXXXXX NÃO ASSINAR XXXXXX</p>
		<p>Número do depósito identificado é fornecido pelo SAC. É diferente dos números contidos na NF, basta a caligrafia. EDJANE FERREIRA DA SILVA R.JOSÉ BRASIL N° 125 - SANTO ANTONIO - GRAVATAÍ - PE - CEP: 56642-635 REFERÊNCIA: PRÓXIMO A VENDA DE ZE DIAS</p>	
		CÓD.: 1465440	ROTA: 5 SEQ.: 5 C: 19/2017
		<p>NOTA FISCAL: 1119087 EMISSÃO: 18/12/2017</p>	

- ENTREGUE este boleto original autenticado ao entregador ao receber a próxima caixa.
- Pagamentos sejam autenticados em Caixa de Auto-Atendimento, Internet e ECT (carimbados) são aceitos, desde que sejam assinados na presença do entregador e entregues juntos com o boleto.
- Pague com 3 dias úteis de antecedência para ficar isento de comprovação na próxima entrega.
- Depósitos simples, auto depósitos e agendamentos não são permitidos.

**CONFIRA NA HORA!**  
VOCÊ ESTÁ RECEBENDO



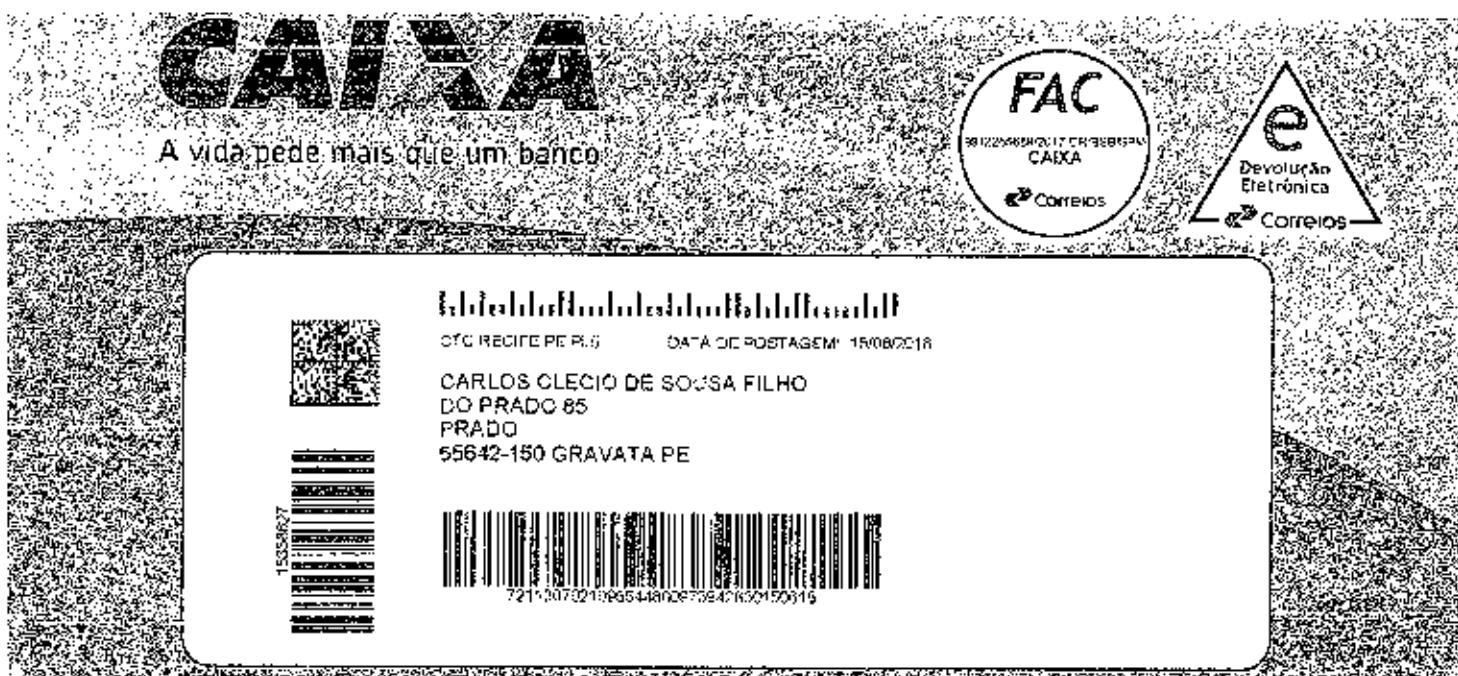
### Banco Bradesco S.A. 237-2

Local de pagamento		PAGUE NAS AGENCIAS BRADESCO, NÃO PAGUE EM OUTROS LUGARES, E EVITE PROBLEMAS DE REPASSO.		
Beneficiário		DB MILLUS - DM LINGERIE S.A. - CNPJ: 32.291.486/0001-50 AV. LOBO JÚNIOR, 1672 - PEGNA CIRCULAR - 31020-900 - RJ		
Data Documento	Número Documento	Exped. Doc.	Acgio	Data Preenchim.
18/12/2017	001119087-7	DM	NAO	16/12/2017
Usa Banco	Carteira	Esposa	Overdende	Valor
CENSE 8650	9	REAL		
Intituição	Op	Basei. p/ta em Pago	Valor do Desconto	Acúm.
	0263	*****0,14		Dom. Pmt. p/ta Atraso *****0,14
CONCEDER DESCONTO DE R\$0,14 POR DIA ANTICIPADO APÓS VENCIMENTO COBRAR R\$0,14 POR DIA DE ATRASO A PARTIR DE 15/01/2018 INCLUSIVE, COBRAR MULTA DE 2% (R\$4,87) APÓS DIA 12/02/2018 NÃO RECEBER.				
Cód. pago:		23792.37304.96719.119081.77000.150209.3.73980000024375		
Paga por:		EDJANE FERREIRA DA SILVA		
Cod. Recurso		8000 1465440 0625		
CPF:		05660494698		

CONFIRA SE O VALOR PAGO É IGUAL AO AUTENTICADO

### Recebido do Sacado

Vencimento	08/01/2018
Agência / End. Beneficiário	DB MILLUS
Nº sacado	09/67191190877-2
(*) Valor Documento	243,75
(*) Desconto / Abatimento	
(*) Multa Cedopore	
(*) Multa MDR	
(*) Outras Abatimentos	
(*) Multa Cobrado	
Autorização Meio Banco	



Comprovante do procurador



0030

**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 CARLOS CLÉCIO DE SOUSA FILHO, portador(a) do RG nº 7.366.735, expedido por SEC. DEPÓSA SOCIAL, em 11/102/2010, CPF/CNPJ nº 087.633.534-32, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) EDUARDO PEREIRA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza TRIBALDO da vítima EDUARDO PEREIRA DA SILVA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 1.700,00

Documentos comprobatórios: NAO

Assinatura —  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

0030

23-06-2018 09:07:00-0300  
0030

Papel do Unipanf

Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da Veiga Pessoa  
SOUTO MAIOR, NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, Gravatá - PE  
CEP: 55642-250, Fone: (81) 3533-0423 | (81) 3533-0423

2016-01-23  
SAMU  
Mat 9873

GRAVATÁ

6610912017



## FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Lc	Documentação médica Hospitalar
119308	23/01/2016 16:34			RECEPÇÃO GERAL

### Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000095430 EDJANE FERREIRA DA SILVA	Nascimento: 04/11/1984	Idade: 31	Sexo: Feminino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão:	Naturalidade:	Nacionalidade:	Brasileiro
Documento: Ignorado	Filiação: ODETE JOVENTINA DA SILVA VICENTE FERREIRA DA SILVA			

Endereço (Av, Rua, etc): JOSE BRASIL	125	Complemento:
Bairro: SANTO ANTONIO	Cidade: GRAVATAÍ	UF: PE Telefone:
Acompanhante:		
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
Procedência: SANTA LUZIA	Meio de Transporte:	

### Dados da triagem

DATA: 2016-01-23 PONTO: 7

27-889-2018 1619 045792 17

### Atendimento Médico:

Data: / /	Hora:	Médico:	CRM:	/
-----------	-------	---------	------	---

### Queixa Principal:

Paciente, vítima de queda de moto há 20 minutos, refere dor intensa em joelho direito.

Está sentado em edema em joelho direito.

CD: ① Presença de edema em joelho direito. *Dra. Dilma Díaz*  
② Dor no joelho direito. *16:50*

Evolução:	Dr. Diego de Assis CRM-PE - 23881
-----------	--------------------------------------

18:55h

Paciente refere ainda dor no joelho direito

CD: 1- Presença de edema no joelho direito. *Ev. urgente Cardoso*  
2- Agudizar o edema de mobilitação. *18:55h*

Dra. Renata Pontes  
Médica  
CRM-PE - 23881

236

Paciente nome: Ivan do N.

- GD i. Procurar oftalmologista urgente em urgencia
2. Referto Rx gabinete de próstata
3. Agendar consulta para avaliação possivelmente de neurologista
- GD ii. Tenta baixar pressão anestésica para evitar pressão arterial alta para ser remediada por Pronto

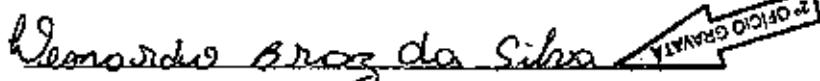
Dra. Renata Pontes  
Médica  
CRM-PF 22002

# DECLARAÇÃO

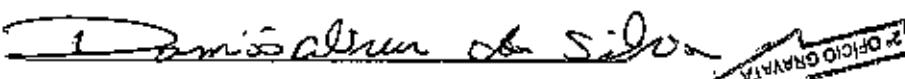
(NOS TERMOS DA CIRCULAR 013/2014 DPVAT)

**LEONARDO BRAZ DA SILVA**, brasileiro, solteiro, operário, inscrito no CPF nº 115.012.164-57, portador do RG nº 9.305.994 SDS/PE, residente na Rua Sta Maria, 31, Cohab, Gravatá/PE, CEP: 55640-000 e **DAMIÃO ABREU DA SILVA**, brasileiro, solteiro, motoboy, inscrito no CPF nº 089.048.784-70, portador do RG nº 7.868.698 SDS/PE, residente na Rua Santa Inês, 117- B, Gravatá/PE, DECLARAM SOB AS PENAS DA LEI QUE: No dia 23 de janeiro de 2016, trafegavam no centro de Gravatá, quando presenciaram um veículo FIAT/STRADA atropelando a Sra. EDJANE FERREIRA DA SILVA, que conduzia uma motocicleta YAMAHA, placa PCY1007; Que após o atropelamento, socorreram com carro de particular a vítima para o Hospital Municipal da cidade, Dr. Paulo da Veiga Pessoa (antigo Virginia Guerra), onde foi atendida.

Gravatá, 16 de março de 2018.

Leonardo Braz da Silva 

TESTEMUNHA 01: LEONARDO BRAZ DA SILVA

Damião Abreu da Silva 

TESTEMUNHA 02: DAMIÃO ABREU DA SILVA

**CND 2º SERVIÇO DE NOTAS E PROTESTOS / GRAVATÁ - PE**  
Av. Presidente Kennedy, 600 - Centro - Fone: (81) 3222-5222  
R. Joaquim Nabuco, 635 - Centro - Gravatá/PE - CEP: 55641-000 - Fone: (81) 3222-4722 - cartorioautenticado.com.br

Reconheço a firma por semelhança de:

LEONARDO BRAZ DA SILVA e DAMIÃO ABREU DA SILVA. Dou fé.

En testemunho \_\_\_\_\_ da verdade. Custas R\$ 7,98  
Cartório de Notas e Protestos - TSNR R\$ 1,60  
Priscila Duarte de Mattos Silva - Sub. Total R\$ 9,58

Selo Digital N. 0073643.SEN02201801.01681  
Selo Digital N. 0073643.EIP02201801.01682  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)  
Op.: DANIELA - 21/03/2018 10:54:09



CIRCULAR: 006/2015

## AOS REQUERENTES DE SINISTROS DPVAT

**REF.: COMPROVANTE DE ATO DECLARATÓRIO - NÃO É NECESSÁRIO SE B.O. FEITO EM ATÉ 05 DIAS DA DATA DO ACIDENTE**

Prezados Senhores

Informamos que para os casos em que o Boletim de Ocorrência for feito em até cinco dias da data do acidente, não é necessário apresentar o comprovante de Ato Declaratório, mas é indispensável apresentação da Declaração do Proprietário do veículo.

Cordialmente,

Relatório – DPVAT

CIRCULAR: 013/2014

Data: 07/10/2014

## AOS REQUERENTES DE SINISTROS DPVAT

**REF.: BOLETIM POLICIAL DA OCORRÊNCIA POR ATO DECLARATÓRIO (RERRATIFICAR)**

Prezados Senhores,

Informamos que no registro por ato declaratório, a Seguradora Líder passará a aceitar os documentos emitidos pela rede de atendimento médico-hospitalar, quando produzidos **imediatamente** após o acidente e permitindo a comprovação do nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, sendo indispensável à apresentação de documentos adicionais, conforme informado na Circular 012/2014 (abaixo).

O caso em que o registro por ato declaratório tenha sua emissão no dia seguinte ou dias posteriores ao fato e o sinistrado ou seus representantes legais não possam apresentar nenhum dos **documentos adicionais** informado na Circular 012/2014 (abaixo), **Será indispensável** à apresentação de uma declaração com 2 (duas) testemunhas com informação de como a vítima chegou ou foi removida até ao hospital para receber o primeiro atendimento médico.

**Declaração com texto padrão** não será aceita pela Seguradora Líder. O relato de uma vítima chegando ou sendo removida ao hospital é diferente das demais vítimas.

Quaisquer dúvidas estamos à disposição,

Cordialmente,

Relatório – DPVAT

# RECEITUÁRIO



P/ EDSUE FERREIRA DA SILVA

## LARDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins  
que a paciente acima citada  
apresentou acidente motorístico  
no dia 23/01/16 (5/5) evoluindo e  
da e estabilizada no hospital acima.

Apresentou lesões graves no fígado  
a lesão do CPI e lesão L.C. Vertebral.  
Realizou 05 procedimentos cirúrgicos,  
extirpando pezinhos e regrediu  
instabilidade em col.

Sorvete jambu bolo de lico  
pasta

Dr. Orlando Nascimento Junior  
CRM-PE 2087  
TEOT: 14909

29 JAN 2018

Av. Cleto Campista, 5/N - Alto da Maternidade 54800-000 - Moreno - PE - 81 3535-2013

2018-01-29 09:45:25 2018-01-29 09:45:25 2018-01-29 09:45:25 2018-01-29 09:45:25

CARTÓRIO DO 1º DÍCIO - SÉRVICOS REGISTRAIS FONHAMAIS P/2018-SE VEDADOS OS ASENTAMENTOS - TAMBÉM P/2018  
Fone: (81) 3535-2013 - Celular: (81) 98821-0831 - Email: cito@gralmoreno.com.br  
Site: www.gralmoreno.com.br - Endereço: Rua Dr. José Góes, 100 - Centro - Moreno - PE - 54800-000

CONFIRI esta conferme o original que me foi apresentado  
Data: Cravátek, 13/04/2018 16:40:57  
Selo: 0071113-RQD0201802-01038

Orlando de Nascimento Junior  
Endereços: 251, 11 - SNR: R\$0,68 Total a Pagar: R\$4,09  
ORLANDO

CONSULTE AUTENTICAÇÃO EM WWW.TUJU.COM.BR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SÉRGIO DA MATA - DEPUTADO FEDERAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OTÁVIO RODRIGUES

7222473

DATA DE EXPEDIÇÃO 30.10.2002

REGISTRO GERAL

NOME

EDJANE FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO

Visente Ferreira da Silva  
Odete Joventina da Silva

NATURALIDADE

Gravatá-PE

DATA DE NASCIMENTO

04.11.1984

DOC. CEDEN

C.N. 25752-E.A.21-F.286v-Cart.  
1º de Gravatá-PE

ASSINATURA DO DIRETÓRIO DE REGISTRO

LEI Nº 7.116 DE 28/03/83

54223

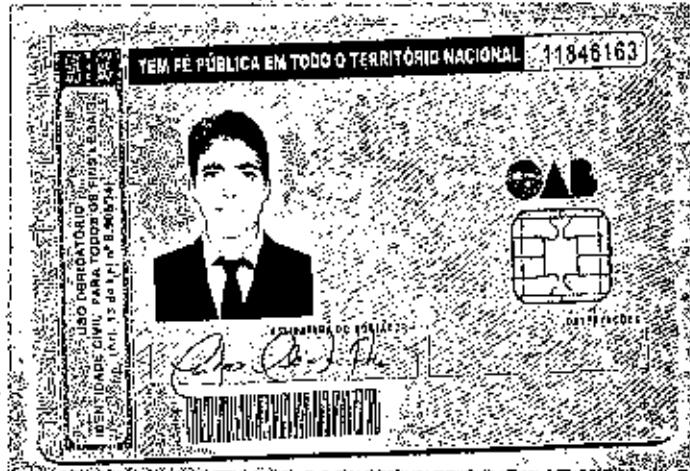


Edjane Ferreira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 013933575566  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 1056752616 \*\*\*\*\* 2018

NOME

EDJANE FERRIBRA DA SILVA

GRAVATA-PE

CPF/CNPJ

056.604.944-98

PLACA

PEY1807

PLACA ANT / UF

\*\*\*\*\* PE

CHASSI

9E6EB1940G0049396

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

YAMAHA / XMAX 250 FACTOR EC

ANO FAB.

2015

ANO MOD.

2015

CAP / POT / CIL

2E/124CL

CATEGORIA

PARTIC

DOR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

I IFVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

1\* \*\*\*\*\*

P FAIXA IFVA

V - 1 -

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*\*\*\*

2\* \*\*\*\*\*

3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$)

SEGUR. FAGO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

OBSERVAÇÕES

DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BR.

GRAVATA

DATA

10/02/18

Charles Andrade Souza Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO FAGO

77-SEB-2018 16:58 945769 1/1

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180221380      **Cidade:** Gravatá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDJANE FERREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 23/01/2016      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXACAO DO JOELHO DIREITO COM LESAO LIGAMENTAR

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO 5 PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DO JOELHO DIREITO; EM AGOSTO/16, COM RECONSTRUCAO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. EM 28/11/16: ARTROSCOPIA, RECONSTRUCAO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, MENISCECTOMIA, SINOVECTOMIA E TRANSFERENCIA DE MAIS DE UM TENDAO EM Perna ESQUERDA. CIRURGIA EM JANEIRO/17, FEVEREIRO/17, A ULTIMA CIRURGIA, EM 16/05/17: POR NOVA RUTURA DAS ESTRUTURAS DO CANTO POSTERO- LATERAL - RECONSTRUCAO DO CANTO, REFORCO EXTRA ARTICULAR, ARTROTOMA, NEUROLISE DO NERVO FIBULAR COMUM. FEZ FISIOTERAPIA. ESTA EM ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR.  
APRESENTA MARCHA MODERAMENTE ESCARVANTE, INSTABILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, FORCA MUSCULAR DIMINUIDA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTO



Outras  
0029-  
juradora Líder dos  
s do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173144/18  
Vítima: EDJANE FERREIRA DA SILVA  
CPF: 056.604.944-98

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 23/01/2016  
Titular do CPF: EDJANE FERREIRA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO : 087.693.994-92**

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**EDJANE FERREIRA DA SILVA : 056.604.944-98**

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](http://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.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/04/2018  
Nome: CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO  
CPF/CNPJ: 087.693.994-92

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2018  
Nome: VANDERLEI BATISTA MENDES DOS SANTOS  
CPF: 428.346.940-87

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

VANDERLEI BATISTA MENDES DOS SANTOS



PLS

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDIANE FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180221380**

Vítima: **EDIANE FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **23/01/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180221380**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Pel: 6078800680 - cesta\_22 - INVALIDEZ /



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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](http://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 Lider-DPVAT**

Carta nº 12021794

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173144/18

Vítima: EDJANE FERREIRA DA SILVA  
CPF: 056.604.944-98

CPF do: Próprio

Data do Acidente: 23/01/2016

Titular do CPF: EDJANE FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

**CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO : 087.693.994-92**

Comprovante de residência

**EDJANE FERREIRA DA SILVA : 056.604.944-98**

Autorização de pagamento

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2018  
Nome: EDJANE FERREIRA DA SILVA  
CPF: 056.604.944-98

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2018  
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS  
CPF: 132.129.557-08

EDJANE FERREIRA DA SILVA

EDSON DA SILVA MARTINS

N.º



CAPTURA DO PÓDICO - SERVIÇOS REGISTRAIS E NOTARIAIS VIRTUAIS DE SISTEMA  
Av. Rio Branco, 102 - Centro - CEP 56000-000 - Gravataí - RJ  
Tel: (21) 3211-0655 - Cel: (21) 98444-0000

selo: 0077123.00100001800010041

Orlando do Nascimento Junior

Envolvimentos R\$1,41 TSNR R\$0,68 Total a Pagar R\$4,09  
ORLANDO

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE EM WWW.TUREJURIDICO.COM.BR

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO



**OUTORGANTE: EDJANE FERREIRA DA SILVA**

Est. Civil: SOLTEIRA Prof: AUXILIAR DE CONHARG nº: 7.222.473 505/PE

CPF nº 056.604.944-93 Endereço: RUA JOSÉ BRASIL, L. 125,  
BAIRRO SANTO ANTÔNIO, GRAVATÁ/PE, CEP: 55642-035.

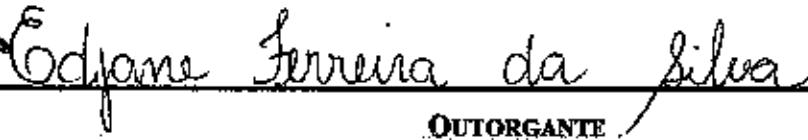
**OUTORGADO:** O Bel. CARLOS CLÉCIO DE SOUSA FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE nº 41.935D, com escritório nesta cidade e comarca, na Rua do Prado, 85, Prado, CEP 55642-150, Gravatá/PE, com o endereço eletrônico [cledio322@gmail.com](mailto:cledio322@gmail.com).

**PODERES:** Conferindo-lhes os poderes da cláusula *Ad iudicia e Et extra* para o foro em geral, bem como os especiais para acordar, desistir, transigir, dar quitação, levantar alvarás, podendo perante qualquer órgão público, especialmente no SAMU e em qualquer HOPITAL: requerer, alegar e assinar o que for preciso; juntar e retirar documentos; apresentar e assinar quaisquer guias; requerer certidões, informações e demais autorizações; acompanhar e dar andamento a processos, pedir vistas, cumprir exigências; e tudo mais fazer no patrocínio do interesse do outorgante em juízo ou fora dele, inclusive "*ad-negocia*" e os mais necessários perante qualquer Instância, Foro ou Tribunal, em Juízo ou fora dele, podendo firmar termos de compromisso, acordar, discordar, transigir, recorrer, desistir, declarar insuficiência financeira, propor várias ações e recursos.

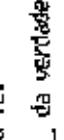
**DPVAT:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o 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, bem como requerer e resgatar cópia de processo administrativo, 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 o Outorgante.

Gravatá/PE, 30 de janeiro de 2018.

**OUTORGANTE**

  
Edjane Ferreira da Silva



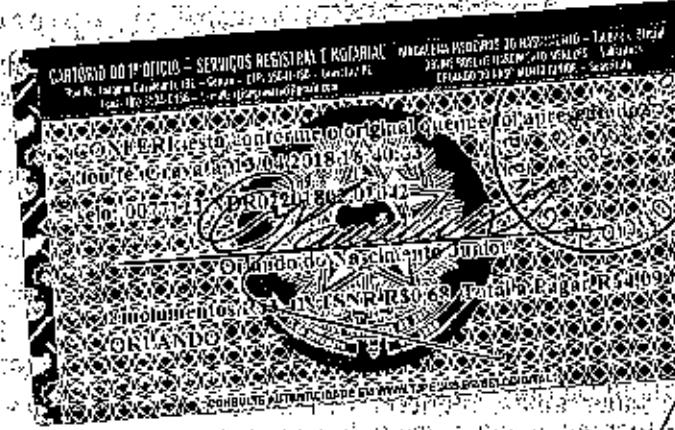
Em testemunha,   
da verdade,   
Edjane Ferreira da Silva, seu fez.



## 1. NOME DO TITULAR DA DOCUMENTAÇÃO

Orlando de Oliveira Júnior

Orlando de Oliveira Júnior, nascido em 10 de junho de 1982, no Brasil, no Município de Rio das Ostras, RJ, é casado com a senhora Ana Paula da Silva, e tem filhos: Matheus Henrique de Oliveira, de 06 anos, e Isabella de Oliveira, de 03 anos. Possui endereço na Rua das Flores, nº 100, Centro, Rio das Ostras, RJ, CEP 26200-000.



Orlando de Oliveira Júnior, nascido em 10 de junho de 1982, no Brasil, no Município de Rio das Ostras, RJ, é casado com a senhora Ana Paula da Silva, e tem filhos: Matheus Henrique de Oliveira, de 06 anos, e Isabella de Oliveira, de 03 anos. Possui endereço na Rua das Flores, nº 100, Centro, Rio das Ostras, RJ, CEP 26200-000.

Orlando de Oliveira Júnior, nascido em 10 de junho de 1982, no Brasil, no Município de Rio das Ostras, RJ, é casado com a senhora Ana Paula da Silva, e tem filhos: Matheus Henrique de Oliveira, de 06 anos, e Isabella de Oliveira, de 03 anos. Possui endereço na Rua das Flores, nº 100, Centro, Rio das Ostras, RJ, CEP 26200-000.

Orlando de Oliveira Júnior, nascido em 10 de junho de 1982, no Brasil, no Município de Rio das Ostras, RJ, é casado com a senhora Ana Paula da Silva, e tem filhos: Matheus Henrique de Oliveira, de 06 anos, e Isabella de Oliveira, de 03 anos. Possui endereço na Rua das Flores, nº 100, Centro, Rio das Ostras, RJ, CEP 26200-000.

PROBLEMA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

