

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvilíder: 0800 021 91 35

### 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://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<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 RESSÍGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ivá Guilherme mangabeira de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 093.562.324, 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Janete Maria Araújo Freire da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.551.834, 71

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Janete Maria Araújo Freire da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.551.834, 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

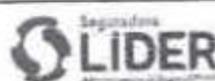
Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Duque de Caxias</u>	Número:	<u>190</u>	Complemento:	<u>10</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>anterioreria.goianna@gmail.com</u>			CEP:	<u>55900-000</u>

Local e Data: João Pessoa - PE 25/10/2019

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais informações, entre no site [www.sociedadavalider.com.br](http://www.sociedadavalider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Centro de Documentação, consulte sobre identificações e preâmbulos, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Centralk: a rádio metropolitana: #100-1595 / Outras reuniões: 0800 022 12 04

Central Olvidada: 0800 021 91 35 | EBC (Banco de Deficientes Auditivos e de Fala): 0800 022 12 06

EU, Rafael Souza Salmino

RG nº 9.132.129 data de expedição 30/03/2016

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 117-301.694-86

com domicílio na cidade de São José no Estado de

Paraná - PR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Bus: de Akersum      no. 68

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é/era de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

, cujo o condutor era

Fronte Maria Aranjo Freire da Silva

Veículo: ~~Motocicleta~~ Modelo: Honda/99 150 FA Ano: 2013

Placa: K1 L0194 Chassi: 9C2KE1670DR505585

Data do Acidente: 27/08/2019

Local e Data: També P.E

**RAYA E L SOUZA**  
Assinatura do Declarante

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

RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE E FIRME DA FIRMAS  
Reconhecimento Por Autenticidade e Firma de RAFAEL SOUSA SALVINO em  
02/09/2019 dev. f4.  
Em test. da verdade, TASSIA GISEL DE MORAES PAIVA -  
Excedente Emol.R\$ 3,51 ISNA R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40  
Total:  
  
Seu 00733331.WH07201901.00999



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ  
Secretaria de Saúde  
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

*(obs.)*

Nº Cartão SUS 40120446161116 Data de Nascimento: 26/06/73  
 Nome de Paciente: Monteiro Almeida F de S<sup>o</sup>g<sup>a</sup> Sexo: F Rua: Rua Pernambuco  
 Estado Civil: Solteiro Nome da Mãe: Maria Josefa dos Santos  
 Endereço: Rua Dos Ventos, n° 34 Bairro: J. B.  
 Cidade: Itambé CEP: 49600-000 PSF: \_\_\_\_\_  
 Data do Atendimento: 27/07/19 Hora da Chegada: 22h50 min.

Idade: 46

Pré - Consulta:	P.A.:	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL:		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul			
ENFERMEIRO DA TRIAGEM:		Assinatura/Cartimbo			
QUEIXAS/DIAGNÓSTICO:		EXAMES COMPLEMENTARES			
paciente idoso que caiu da bicicleta e fraturou o joelho esquerdo tentando segurar a moto					
TRATAMENTO					
<input checked="" type="radio"/> Visita domiciliar					
DIAGNÓSTICO			PROCEDIMENTO 01:	PROCEDIMENTO 03:	
<input checked="" type="radio"/> Fratura exposta em joelho agudo.			<u>03100061</u>	PROCEDIMENTO 04:	
PROCEDIMENTO 02:					
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO					
ENCAMINHADO: REMOVIDO:					
ÓBITOS ÁS:	MIN	DO DIA:	/ /		
DATA SAÍDA:	/ /	HORA DA SAÍDA:	H. MIN.		
 Assinatura do Paciente ou Responsável					
 Assinatura do Conselho CRM					



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Legal  
Prof. Dr. Mário Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Izande Maria Arraes Freite da Silva REG: 7194  
IDADE: 46 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 29/07/19 DATA DA ALTA 23/08/19  
DIAGNÓSTICO: Fr. exposta + 3º e 4º MTC F  
Abcesso em Mão F  
Osteomielite crônica F

### TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 28/07/19 LC + DC + Drenagem de abcesso + sutura  
03/08/19 LC + DC + sutura

### ORIENTAÇÃO:

- ⇒ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- ⇒ PROCURAR AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PRÓXIMA DO DOMICÍLIO
- ⇒ USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- ⇒ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE \_\_\_\_\_
- ⇒ PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APlica ( )

PROGRAMA APÓS ALTA: Retorno em 15 dias  
AMBULATÓRIO DE EGRESO: SIM ( ) NÃO ( )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

Dr. Hadysen Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 26.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



## ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS ALTA

NOME: Juvanete Maria Andrade Freire da Silveira DATA NASC.: 26/06/1973  
 NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ REG: 71917  
 DIAGNÓSTICO: 287/1100 E  
 DATA DE INTERNAMENTO: 28/07/15 DATA DA ALTA: 23/08/15

### ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

#### CURATIVOS SIMPLES:

- DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS;
- LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO OU COM ALCOOL À 70% PARA FERIDAS OPERATÓRIAS FECHADAS;
- NÃO USAR POMADAS, CREMES, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA;
- EVITAR EFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO;
- ANDAR E MOVIMENTAR-SE CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- OUTROS: \_\_\_\_\_

#### CURATIVOS ESPECIAIS:

- IGAZE COM PETROLATUM (EX: ADAPTIC);
- ÓLEO DE GIRASSOL;
- HIDROGEL;
- OUTROS: Realizar enxemas e soro fisiológico e óleo mineral

#### COMPARECER À EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES CASO:

- DOR ABDOMINAL QUE NÃO MELHORA COM AS MEDICAÇÕES;
- VÔMITOS PERSISTENTES;
- FEBRE PERSISTENTE;
- VERMELHIDÃO OU SAÍDA DE SECREÇÃO PELA FERIDA OPERATÓRIA;
- SE APRESENTAR TOSSE, NAÚSEA, DIFICULDADE EM RESPIRAR;
- OUTROS: \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÕES COM OSTOMIAS:

- DESVAZIAR CONTEÚDO DE 6/6H OU CONFORME NECESSIDADE;
- LAVAR COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO;
- TROCAR BOLSA A CADA 7 DIAS OU CONFORME NECESSIDADE.

#### ORIENTAÇÕES COM SONDA NASO ENTERAL:

- HIGIENIZAÇÃO DO NARIZ E DA FIXAÇÃO CONFORME NECESSIDADE;
- LAVAR COM 10ML DE ÁGUA DEPOIS DE CADA DIETA;
- DEIXAR A CABECEIRA DA CAMA ELEVADA PARA ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO;

<b>Nome Paciente:</b>	IVANETE MARIA ARALIO FREIRE DASILVA
<b>Cód. Paciente:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	26/06/1973
<b>Sexo:</b>	Feminino
<b>Idade:</b>	46
<b>Senha:</b>	0002
<b>Convênio:</b>	
<b>Atendimento:</b>	
<b>SAME:</b>	
<b>Período:</b> 28/07/2019 02:13 - 28/07/2019 02:16	
<b>PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação</b>	
<b>Prioridade:</b>	URGENCIA AMARELO
<b>Cor:</b>	AMARELO
<b>Queixa Principal:</b>	PACIENTE VINDO DE ITAMBE SOFREU TRAUMA CONTUSO -PENETRANTE +- 5 HORAS EM PUNHO ESQUERDO
<b>Observação:</b>	HAS+ DM+
<b>rogramma sintoma:</b>	TRAUMA
<b>riminador(es):</b>	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
<b>Especialidade:</b>	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
<b>Sinais Vitais Lidos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FREQUENCIA CARDIACA: 97.00 BPM</li> <li>- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM</li> <li>- GLICOSE: 145.00 MG/DL</li> <li>- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG</li> <li>- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG</li> <li>- TEMPERATURA(C): 34.50 °C</li> </ul>

ODS. Senhor levar ao pronto atendimento.  
 Tudo que o médico ou enfermeiro  
 pode fazer é controlar a dor.  
 Local  
 Sim ( ) Não ( )  
 Lesão de Pele  
 HMA - Hospital Miguel Arribalzaga

Data: 28/07/2019  
 Hora: 02:16  
 Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

REV. DO  
 NEPI-HMA

Acolhido(a) por: PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/07/2019 02:16

Atendimento: 488135

Senha da Classificação:

Data e Hora: 28/07/2019 02:19

0002

Paciente: 71917 IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILV. Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 26/06/1973 Idade: 46 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS

Nome do Pai: JOSE ANTONIO DOS SANTOS

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ORTENCIAS

- RUA DAS ORTENC 344

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAMBE

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

#### Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

#### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Sintoma Principal

Vigente trauma de fratura corto-safiano em nível proximal  
que evoluiu com fratura exposta de 3º e 4º MTCE

Exame Físico

RES, LOTE epífise, mamelona, normoradicular  
tecido ósseo  
lados de fenda?

Hipótese Diagnóstica

Fratura exposta de 3º , 4º MTCE

Prescrição Médica

1) Interno

2) Prescrevo

3) Distro Zero

4) AO Now

Dr. Helder Oliveira Rocha  
Médico  
CRM-PE 28.720

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido Para \_\_\_\_\_

Senha:

( ) Encaminhado ao setor de Internação

## Evolução Clínica

NOME: JANETE MARIA REG: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
16/03/19	# SOT # CC2.
11:10	HD: FZ EXPOSTA DE 3 <sup>o</sup> E 4 <sup>o</sup> NEL ( ) INFECTADA DE FD. PO: 28/02: LCT+DC+DRENAGEM + CULTURA. OSSLOB: LCT+DC+ CULTURA. PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUADROS. RRR, CORTE, ESPNECA, AFEBIL. # CO: AGUANDO FIM DE ATB
17/03/19 15:00	# SOT # CC2 HD: O mesmo PO: O mesmo EVOLUI SIM, PRAKAT SEM QUADROS. LT: AVANÇADA ATB ( )
18/03/19	# SOT # CC2 HD: A mesma PO: O mesmo. PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUADROS. RRR, CORTE, ESPNECA, AFEBIL. # CO: AGUANDO ATB ( )
19/03/19	# SOT # CC2 HD: A mesma PO: O mesmo. PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUADROS. RRR, CORTE, ESPNECA, AFEBIL. # CO: AGUANDO ATB ( )

Aviso de Cirurgia: 58337  
Paciente: 71B17  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 586  
Dt. Início: 28/07/2019 11:40  
Cid Pré-Operatório: S623  
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01  
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-03  
Dt. Fim: 28/07/2019 12:00  
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Atendimento: 488136  
Carteira:  
Idade: 46 Anos

Procedimento: 0408020539

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA  
(PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO  
BLOQUEIO PLEXO BRAQUAL

CIRURGIA  
ANESTESISTA

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR  
15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA 3º E 4º METACARPO ESQUERDO + ABSCESSO  
CIRURGIA: LC + DC + DRENAGEM DE ABSCESSO+ COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA  
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME  
1º AUXILIO: DR HUDYSIN ROCHA  
2º AUXILIO: DR IAN LACERDA  
ANESTESISTA: DR MAIENA TENORIO  
ANESTESIA: BLOQUEIO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DCO SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISAO EM FACE DORSAL DE MÃO ESQUERDA  
OBSERVADO POUCA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA
5. REALIZADO DRENAGEM DE ABSCESSO
6. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
7. LIMPEZA COM SF 0,9%;
8. REALIZADO COLETA DE FRAGMENTO OSSEO PARA CULTURA
9. SUTURA COM NYLON 3.0
10. CURATIVO;
11. OBSERVADO BOA PERFUSAO DISTAL.

Achados Cirúrgicos:

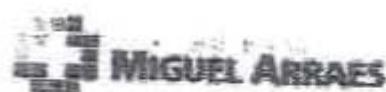
Descrição Complementar

03/09/19  
CLAUDIA VAN SCHEE  
FOTOGRAFIA

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR  
CRM : 18757



**PERNAMBUCO**  
ESTADO DO ESTADO



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Eumeiro Figueira

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOOME: Ivanete Maia Almeida Figueira da Silva

REG: 71917

IDADE: 46 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 28/07/19 DATA DA ALTA 23/08/19  
DIAGNÓSTICO: Fx, ex posta de 3º e 4º MTC  
Abcesso em MTC F  
Osteomielite crônica F

#### TRATAMENTO REALIZADO:

28/07/19 LC + DC + Drenagem de abcesso + cultura  
CIRURGIAS: 03/08/19 LC + DC + cultura

#### ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- PROCURAR AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PRÓXIMA DO DOMICÍLIO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APlica ( )

Pretomo em 15 dias

#### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM ( ) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

Dr. Helyson Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PER 6.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

### RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Paciente:

Registro nº

Damita Francisca Maria Franco Fruci da  
Pra, 46 anos, portadora de diabetes  
e hipertensão arterial, mantém-se com  
comportamento e limites de momento  
de membro superior esquerdo após frac-  
tura do mesmo decorrente de aci-  
dente com motocicleta em 27.07.2019.  
Em tempo, realiza tratamento para  
osteomielite óssea decorrente de fratura  
exposta no membro superior, no braço,  
S 507 pelo cirurgião no hospital  
5498 Miguel Arraes PE  
5609  
M 866

Data: 1/1/2019

Priscilla Urgueta  
Médica

CRM-PE 26630

**06R - 44**

**9.828.461**

**21/10/2013**

**<< IVANETE MARIA ARAÚJO FREIRE DA SILVA >>**

**<< JOSE ANTONIO DOS SANTOS >>**

**<< MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS >>**

**TIMBALHA - PE**

**26/06/1973**

**<< 0752180155201320002867**

**000115079 ITAVERG-PE >>**

**037.551.834-71**



Jurante Maxia da Freira da Silva



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190605570      **Cidade:** Pedras de Fogo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA      **Data do acidente:** 27/07/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DA MÃO ESQUERDA: APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL ENTRE O 2º E 3º METATARSOS DA MÃO ESQUERDA DE 12 CM DE EXTENSÃO COM GRAVE RETRAÇÃO DE PARTES MOLES LOCAIS, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DO TERÇO MÉDIO DORSAL, ATITUDE DE HIPEREXTENSÃO DAS INTERFALANGEANAS DISTAIS DO 3º, 4º E 5º DEDOS, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 3º, 4º E 5º DEDOS EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 3º, 4º E 5º DEDOS GRAU II, DESVIO ROTACIONAL DO 2º DEDO EM 15° A NÍVEL DA INTERFALANGEANA PROXIMAL COM ATITUDE EM FLECO DE 45°, HIPEREXTENSÃO EM INTERFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTO TENAR E HIPOTENAR DA MÃO ACOMETIDA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 1º E 2º DEDO GRAU II, AFIRMA DOR COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE GRAVE EM REGIÃO DO TERÇO MÉDIO DA MÃO ACOMETIDA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, PERMANECEU EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 26 DIAS, DURANTE ESTE PÉRIODO A MESMA EVOLUIU COM INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA (ABSCESO) E DIAGNÓSTICO DE OSTEOMIELITE, REALIZADO DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão esquerda

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA NO ANO DE 2014 COM RELAÇÃO A TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

## 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 uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190605570      **Cidade:** Pedras de Fogo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA      **Data do acidente:** 27/07/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º METACARPOS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA + DRENAGEM DE ABCESSO. ALTA.  
P 1/2/5

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ P 9

\*\*APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM SINISTRO ANTERIOR 3150072021.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Ivanete Maria Araujo Freire da Silva.  
RG/CNH/CTPS: 9.828.461 CPF: 037.551.834-73  
Profissão: Dolores  
Estado Civil: Casada  
End: Rua das Hortências 18344 Centro Itambé  
CEP: 55920-000

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.  
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-85  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Casado  
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Golana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para  
resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como  
vítima Ivanete Maria Araujo Freire da Silva.

Itambé - PE , 04 de SETEMBRO de 2019

Ivanete Maria Araujo Freire da Silva.  
Assinatura por Autenticidade

4º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Autônomos e profissionais liberais

Notificada por Autenticidade e Firma de IVANETE MARIA ARAUJO  
FREIRE DA SILVA em 04/09/2019 com fa.

Em test. da veridade. TABSIA GYEREL DE NOVAES FAIVA -  
Excepcionale Emol. R\$ 3,51 TEIR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40

Total: R\$ 4,71

Gm Pissa Gm Para

Selo: 0073593.MQNO7201901.01108



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374410/19

**Vítima:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

**CPF:** 037.551.834-71

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/07/2019

**Titular do CPF:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

### IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA : 037.551.834-71

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso

**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.**

Número do Sinistro: **3190605570**

Nome do(a) Examinado(a): **IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R DAS HORTENCIAS, 344 - CENTRO - Itambé - PE - CEP 55920-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **9828461**

Data e local do acidente: [ **27/07/2019** ] **PEDRA DE FOGO PE**

Data e local do exame: [ **11/11/2019** ] **Goiana** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME DA MÃO ESQUERDA: APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL ENTRE O 2º E 3º METATAROS DA MÃO ACOMETIDA DE 12 CM DE EXTENSÃO COM GRAVE RETRAÇÃO DE PARTES MOLES LOCAIS, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DO TERÇO MÉDIO DORSAL, ATITUDE DE HIPEREXTENSÃO DAS INTERFALANGEANAS DISTAIS DO 3º, 4º E 5º DEDOS, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 3º, 4º E 5º DEDOS EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 3º, 4º E 5º DEDOS GRAU II, DESVIO ROTACIONAL DO 2º DEDO EM 15° A NÍVEL DA INTERFALANGEANA PROXIMAL COM ATITUDE EM FLESCO DE 45°, HIPEREXTENSÃO EM INTERFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTO TENAR E HIPOTENAR DA MÃO ACOMETIDA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 1º E 2º DEDO GRAU II, AFIRMA DOR COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE GRAVE EM REGIÃO DO TERÇO MÉDIO DA MÃO ACOMETIDA.**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, PERMANECEU EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 26 DIAS, DURANTE ESTE PERÍODO A MESMA EVOLUIU COM INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA (ABSCESO) E DIAGNÓSTICO DE OSTOMIELITE, REALIZADO DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**Limitação funcional da mão esquerda**

**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"

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

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Mão esquerda**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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

**VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA NO ANO DE 2014 COM RELAÇÃO A TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.**

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TELEF: 14630



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190605570**

**Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190605570**

**Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190605570**

**Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190605570

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000001657

Conta: 0000012564-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3190605570

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Número do Vítima ou ASG: 5190 605570 | 3 - CPF da vítima: 037.551.834-73 | 4 - Nome completo da vítima: Janete Maria Araújo Freire da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Janete Maria Araújo Freire da Silva | 6 - CPF: 037.551.834-73

7 - Profissão: Relacionou | 8 - Endereço: Rua das Hortênsias | 9 - Número: 399 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro | 12 - Cidade: Itambé | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 55920-000

15 - E-mail: araujofreire.janete@gmail.com | 16 - Tel (DDDD): (81) 3626-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (outros os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1657

CONTA: 12564

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 5.154/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prazegamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.154/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso surdore do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Vívo | 24 - Data do falecimento da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (falecido):  Sim  Não | 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/airos vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, salvo cláusula, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Itambé - PE 25.11.19

Janete Maria Araújo Freire da Silva

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFS.001 V002/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - NPF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

031.551.834 - 71

Janete Maria Graciano Freire da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:

Janete Maria Graciano Freire da Silva

6 - CPF:

031.551.834 - 71

7 - Profissão:

Recrusor

Endereço:

rua das Hortenias

Nº Número:

344

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Hambré

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55920-000

15 - E-mail:

janete.maria.graciano@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81)3626-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Ativar/ desativa uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0877

CONTA: 8586

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI, que atende a regiões do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI que atende a regiões do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim  
 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

 Sim  
 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim  
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

 Sim  
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando Ciente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Hambré

25/10/19

Janete Maria Graciano Freire da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
6<sup>a</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Ocorrência nº. 818/2019

Aos VINTE E TRES dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o), do seu cargo, aí, por volta 11h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA, Identidade nº 9.828.461-SDS/PE, CPF nº 037.551.834-71, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de José Antonio dos Santos e Maria José Araújo dos Santos, natural de Timbaúba/PE, nascido(a) em 26/06/1973 (46 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Hortencias, 344, tendo como ponto de referência:xxxxx, na cidade de Itambé/PE, fone(s) para contato: (81) 99196-0255.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 27 de JULHO de 2019;
- 3) HORÁRIO: 17h:0min;
- 4) LOCAL: Próximo a Caixa Econômica Federal, Centro, Pedras de Fogo/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma a noticiante que no dia 27/07/2019, conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, na cor vermelha, de placa KIL 0194 PE, RENAVAM 559755856, registrada em nome de Rafael Sousa Salvino, quando passava pela rua da Caixa Econômica Federal, ao desviar de um veículo que vinha em direção contrária, perdeu o controle da moto que conduzia, caindo ao solo; Que foi socorrida por um popular para o Hospital de Itambé/PE, de onde foi transferida para o Hospital Miguel Arraes, em Recife/PE.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitel.

*Ivanete Maria Araújo Freire da Silva*

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Comunicante

Escrivão da Delegacia  
Márcia Reis da Costa  
Escrivã de Polícia - CP/PE-0  
Mat.: 154.578-0

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

037.551.834 - 71

4 - Nome completo da vítima:

Francisca Maria Graciosa Freire da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Francisca Maria Graciosa Freire da Silva

6 - CPF:  
037.551.834 - 71

7 - Profissão:

Recursos

8 - Endereço:

Rua das Montaneiras

9 - Número:

34

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Flamboyá

13 - Estado:

PE

14 - UF (DDD):

(81) 3626 - 3771

15 - E-mail:

francisca.graciosa@gmail.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0877

CONTA: 8586

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Felo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às curtas de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (nº Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (heranças):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 25/10/19

Francisca Maria Graciosa Freire da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

