

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)
Capitais 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 Ouvidoria: 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://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?X7TIPO=1&CODIGO=29535>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Leão Guilherme Mangabeira de Carvalho

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

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

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

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

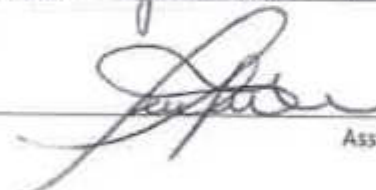
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

| | | |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u> | Número: <u>170</u> | Complemento: <u>10</u> |
| Bairro: <u>Centro</u> | Cidade: <u>Goiana</u> | Estado: <u>PE</u> |
| E-mail: <u>armeresia.goiana@gmail.com</u> | CEP: <u>55900-000</u> | Tel (DDD): <u>(81) 3626-3771</u> |

Local e Data: Goiana - PE 25/10/2019


Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)
Capitais e regiões metropolitanas: 4030-1506 / 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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rafael Souza Salvino

RG nº 9.112.129, data de expedição 30/03/2016

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 117-101.694-86

com domicílio na cidade de Itambé, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua do Aliorin, 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

Isomete Maria Araújo Freire da Silva

Veículo: motocicleta Modelo: Honda 199 150 FAN Ano: 2013

Placa: K1 L 0194 Chassi: 9C2KE1670DR505585

Data do Acidente: 27/08/2019

Local e Data: Itambé P.E

*RAFAEL SOUZA SALVINO
Assinatura do Declarante

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Zuanele Maria Araujo Freire da Silva REG: 71917
IDADE: 46 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 29/07/19 DATA DA ALTA 23/08/19
DIAGNÓSTICO: Exposta de 3º e 4º MTC E
Abcesso em Mão E
Osteomielite crônica E

TRATAMENTO REALIZADO:

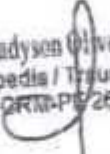
CIRURGIAS: 28/07/19 LC + DC + Drenagem de abcesso + sutura
03/08/19 LC + DC + sutura

ORIENTAÇÃO:

- ⇒ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- ⇒ PROCURAR AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PROXIMA 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 EGRESSO: SIM () NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /


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

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS ALTA

NOME: Ivanete Maria Araújo Freire de Silva DATA NASC.: 26/06/1973
NOME SOCIAL: _____ REG: 71917
DIAGNÓSTICO: 287 Abscesso MCE E
DATA DE INTERNAMENTO: 20/7/15 DATA DA ALTA: 23/08/19

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 ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO;
- ☒ ANDAR E MOVIMENTAR-SE CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- ☐ OUTROS: _____

CURATIVOS ESPECIAIS:

- ☐ GAZE COM PETROLATUM (EX: ADAPTIC);
- ☒ ÓLEO DE GIRASSOL;
- ☐ HIDROGEL;
- ☒ OUTROS: Realizar Análise cl/ sero microbiológica e
do o curativo

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:

- ☐ ESVAZIAR 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;



Nome Paciente: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DASILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/06/1973
Sexo: Feminino
Idade: 46
Senha: 0002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/07/2019 02:13 - 28/07/2019 02:16

PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VINDO DE ITAMBE SOFREU TRAUMA CONTUSO -PENETRANTE + 5 HORAS EM PUNHO ESQUERDO

Observação: HAS+ DM+

Programa sintoma: TRAUMA

Eliminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 97.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 145.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- TEMPERATURA(C): 34.50 °C

Obs. ferida limpa no punho do paciente com curativo.
ferida limpa no antebraço

*Paula Fabiana Silva Andrade
Enfermeiro
COREN: 297613*

Enfermeiro
Paula Fabiana Silva Andrade
Enfermeiro
COREN: 297613
Local
Sim () Não ()
Lesão de Pele
HMA - Hospital Miguel Arraes

REVISADO
NEPI-HMA

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

Data Impressão: 28/07/2019 02:16

Atendimento: 488135

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

Senha da Classificação:

0002

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

Nome Social:

Data do Nascimento: 28/08/1973 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: _____

Queixa Principal

Paciente interna de Trauma crânio-cervical em MMS Esquerda
que evoluiu com fratura exposta de 3° e 4° MTCE

Exame Físico

RES, LATE, APRÉCIA, NORMOCORPUS, NORMOMARCHIA
RES RES
LATE de tendões

Hipótese Diagnóstico

Fratura exposta de 3°, 4° MTCE

Prescrição Médica

1) Interno

2) Pres crevo

3) Dieta Zero

4) Ao Bloco

Dr. Hugo Oliveira Rocha
Médico
CRM-PE 26.720

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: IVANETE MARIA

REG: _____

CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

| DATA/HORA | |
|-----------|-------------------------------------|
| 16/08/19 | # SOT # CC2. |
| 11:10 | HD: FR. EXPOSTA DE 3º E 4º ATC (E) |
| | INFECTADO DE TO. |
| | PO: 28/07: LC+DC+MENAGEL + CULTURA. |
| | OS/08: LC+DC+PIRUA. |
| | PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. |
| | EBB, COTE, ESPNECA, AFEBIL. |
| | # CD: AGUARDAR FTA DE ATB |
| 17/08/19 | # SOT # |
| 13:10 | HD: A MESMA |
| | PO: O mesmo |
| | EVOLUI BEM, ESTÁVEL SEM QUEIXAS. |
| | LD: AGUARDAR ATB |
| 18/08/19 | # SOT # CC2 |
| 10:00 | HD: A MESMA PO: O MESMO. |
| | PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS |
| | EBB, COTE, ESPNECA, AFEBIL. |
| | # CD: AGUARDAR ATB |
| 19/08/19 | # SOT # CC2 |
| | HD: A MESMA PO: O MESMO |
| | PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS |
| | EBB, COTE, ESPNECA, AFEBIL. |
| | # CD: AGUARDAR ATB |

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 28/07/201

Hora.: 12:17

Ficha de Cirurgia DescritivaAviso de Cirurgia : 58337
Paciente : 71917
Convênio Atend. : 1
Leito : 556
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 METACARPOAtendimento : 488136
Carteira :
Idade : 46 Anos**Procedimentos**

Procedimento: 0408020539

Convênio: 001
Anestesia: 29TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA
(PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL**Equipe Médica**CIRURGIÃO
ANESTESISTA18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL**Descrição****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 AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA
2º AUXÍLIO: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DR MAIENA TENORIO
ANESTESIA: BLOQUEIO**RELATO DE INTERVENÇÃO**

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

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**03/09/19
CLAUDIVAN SOUSA
F. G. M. S.DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Ivande Maria Araújo Freire da Silva REG: 71917
IDADE: 46 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 28/07/19 DATA DA ALTA 23/08/19
DIAGNÓSTICO: fx. exposta de 3º e 4º MTC
Abcesso em Mão
Osteomielite crônica

TRATAMENTO REALIZADO:

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

ORIENTAÇÃO:

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

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Retorno em 15 dias
Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ**

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Saúde Unida

Paciente:

Registro nº

Paciente Francisca Maria Franco Lima da
Alfa, 46 anos, portadora de diabetes
e hipertensão arterial, monitora com
comprometimento e limitação de movimento
de membro superior esquerdo após trau-
matismo do membro decorrente de aci-
dente com motocicleta em 27.07.2019.
Em tempo, realiza tratamento para
osteomielite crônica decorrente de fratura
exposta de metacarpo esquerdo, pelo trauma,
S 504

5498 Miguel Arrais PE
5609
M 886

Data:

1/1/2018/19

Dr. Periscilla Urquiza
Médica
CRM-PE 26530



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 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 30º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 3º, 4º E 5º DEDOS GRAU II, DESVIO ROTACIONAL DO 2º DEDO EM 15º A NÍVEL DA INTERFALANGEANA PROXIMAL COM ATITUDE EM FLEXO DE 45º, 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, PERMANECU EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 26 DIAS, DURANTE ESTE PERÍODO A MESMA EVOLUIU COM INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA (ABSCESSO) E DIAGNOSTICO 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 |
| Total | | | 52,5 % | R\$ 7.087,50 |

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

Valoração 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 ESCLARECER 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 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

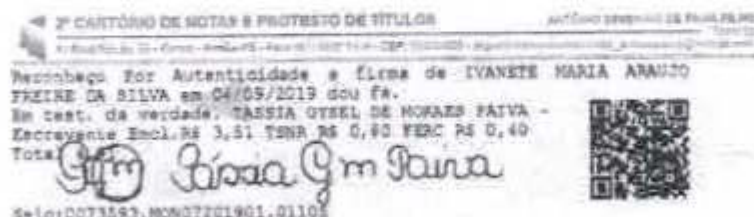
Outorgante: Ivanete Maria Araujo Freire da Silva.
RG/CNH/CTPS: 9.828.461 CPF: 037.551.834-73
Profissão: Dalton
Estado Civil: Casada
End: Rua das Hortencias Nº 344 Centro Itambé
CEP: 55920000

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



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 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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn 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 METATARSOS 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 FLEXO 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?

[☒] 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, PERMANECER EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 26 DIAS, DURANTE ESTE PERÍODO A MESMA EVOLUIU COM INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA (ABSCESSO) E DIAGNÓSTICO DE OSTEOMIELOTE, 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)?

[☒] 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 - CIME-PE 24411
TESTE 14030



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

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

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

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



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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



3190605570



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do veículo ou AS: 3190 605570 2 - CPF da vítima: 037.551.834-71 3 - Nome completo da vítima: Ivanete Maria Araujo Freire da Silva

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

5 - Nome completo: Ivanete Maria Araujo Freire da Silva 6 - CPF: 037.551.834-71

7 - Profissão: Relizou 8 - Endereço: Rua das Hortêneas 9 - Número: 399 10 - Complemento:

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

15 - E-mail: dmsilvaia.joiana@gmail.com 16 - Tel (DDD): (71) 3626-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1657 CONTA: 12564 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (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 prosseguimento 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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do caso 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) vivo(a)? ☐ 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 devida, 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 o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Itambé - PE 25.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **037.551.834 - 71** 4 - Nome completo da vítima: **Franci Maria Graupo 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: **Franci Maria Graupo Freire da Silva** 6 - CPF: **037.551.834 - 71**
7 - Profissão: **Recusou** 8 - Endereço: **Rua das Hortêneas** 9 - Número: **344** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Hambré** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55920-000**
15 - E-mail: **aristomaria.griana@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 as bancas abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0877** CONTA: **8586** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros)? ☐ 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 devida, 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 da 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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Hambré - PE 25/10/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Franci Maria Graupo Freire da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CAIXA

POUPANÇA

5067 2250 4115 9569

VALID

VALID

IVANETE MARIA A SILVA
0877 013 00008585-4

10/24

elo



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, escrevã(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 Hortências, 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: Proximo 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 Salvinio, 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, escrevã(o) que digitel.

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Comunicante

Marcia Regina de Souza
MARCIA REGINA DE SOUZA
Escrivã de Polícia Civil
Mat.: 154.878-0

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 037.551.834-71 4 - Nome completo da vítima: Franci Maria Groux Freire da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: Franci Maria Groux Freire da Silva 6 - CPF: 037.551.834-71
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua das Hortêneas 9 - Número: 344 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Hamblé 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: mariafranci@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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)
AGÊNCIA: 0877 CONTA: 8586 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (s) (nascer)?: ☐ 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 devida, 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 da 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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Hamblé-PE 25/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Franci Maria Groux Freire da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Sociedade de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 2004
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. Adolpho Azeiteiro, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50045-002
 CNPJ 08.838.373-0001-02 | Ins. Est. 155945-05 | www.celpe.com.br

SUBSIDIÁRIO
 MELUCCI DA COSTA LEITE NETO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DOSE CAVALOS 1700

CPF: 214.938.474-48

CENTRO/OCIANA
 GOIANA PE
 55005-000

CLASSIFICAÇÃO
 ED COMERCIAL
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

| PERÍODO | UNIDADE | DATA |
|---------|---------|------------|
| 07/2018 | UNICA | 05/08/2018 |
| 08/2018 | UNICA | 05/08/2018 |
| 09/2018 | UNICA | 05/08/2018 |

| | |
|------------|------------|
| 2431353019 | 08/2018 |
| 20/08/2019 | 04/09/2019 |
| 164,82 | |

| Consumo (kWh) | Quantidade (kWh) | Preço (R\$) | Valor (R\$) |
|-------------------------|------------------|-------------|-------------|
| Consumo Básico (kWh) | 0,71948172 | | 126,27 |
| Consumo Excedente (kWh) | | | 2,85 |
| Consumo Excedente (kWh) | | | 1,47 |
| Consumo Excedente (kWh) | | | 29,80 |
| Consumo Excedente (kWh) | | | 2,79 |
| Consumo Excedente (kWh) | | | 4,18 |
| Consumo Excedente (kWh) | | | 1,72 |
| Consumo Excedente (kWh) | | | 1,48 |

TOTAL DA FATURA

164,82

| PERÍODO | Tipo de Faturamento | Anterior | Atual | Variação | Constante | Ajuste | Consumo (kWh) |
|---------|---------------------|------------|------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 07/2018 | UNICA | 05/08/2018 | 05/08/2018 | 05/08/2018 | 1,0000 | | 164,82 |

| PERÍODO | Tipo de Faturamento | Anterior | Atual | Variação | Constante | Ajuste | Consumo (kWh) |
|---------|---------------------|------------|------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 07/2018 | UNICA | 05/08/2018 | 05/08/2018 | 05/08/2018 | 1,0000 | | 164,82 |

Atenção: Este documento é uma cópia impressa de uma conta de energia elétrica emitida eletronicamente. A validade jurídica deste documento é garantida pela Lei nº 11.127/2002, que dispõe sobre a validade jurídica dos documentos eletrônicos.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO

SEU ENDEREÇO: RUA DOSE CAVALOS 1700, CENTRO/OCIANA, GOIANA, PE, CEP 55005-000

Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-0000000.

| PERÍODO | Tipo de Faturamento | Anterior | Atual | Variação | Constante | Ajuste | Consumo (kWh) |
|---------|---------------------|------------|------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 07/2018 | UNICA | 05/08/2018 | 05/08/2018 | 05/08/2018 | 1,0000 | | 164,82 |

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 20/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$): 164,82

83620000001-0 64820011002-3 43135301910-6 14172062953-9

