

Atendimento: 1290570

Data e Hora: 05/05/2018 01:14

Senha da Classificação:

0006

Paciente: 473934 VERA LUCIA DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/12/1960 Idade: 57 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ANALIA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: SEM DOCUMENTO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA POLATINA

836

Bairro: ALTO SANTA TEREZINHA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 5221165

Usuário Atendimento: TARCANASA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 84462711

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

relato de Ataque
70% de + 1 dia

Exame Físico

sem c. PK n. 100

Hipótese Diagnóstico

Fim (2-4-2018)

Conduta Terapêutica

Rx E/ Fim (2-4-2018)

Prescrição Médica

- Etarabina 200mg (203.40)

Puntio - Recusa

D. P. 100mg 21.00

SF 9.00 50.00

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: - 21.00 20.00

Senha:

Carimbo/Médico

HCU: 5420099



1290570

- manual 100% + 21.00 16.00 8.00

04/55

hora retirada da senha: 05/05/2018 01:05

Nome Paciente: VERA LUCIA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 58
Senha: 0006
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/05/2018 01:08 - 05/05/2018 01:09

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO CB, VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAUMA EM PÉ DIR

Observação: ALERGIA-
HAS+
DIA-

Auxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/05/2018 01:09

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



SERVICO DE ORTOPEDIA

ALTA HOSPITALAR

Nome: Vera Lúcia da Silva REG 736180

Data de Internamento: 05/05/2018

Data de Alta: 19/05/18

Dias Internado: 15 dias

Data Cirurgia: 18/05/2018

Hipótese Diagnóstica: Fratura de 2º MTT + Fratura de Tálus e extenso ferimento

Tipo de Cirurgia: LMC + osteosíntese com fio K e Prafuso

Cirurgião: Dr. Thiago Guerra

História Clínica:

Paciente com Fratura de 2º MTT + Fratura de Tálus e extenso ferimento submetido a procedimento cirúrgico dia 18/05/2018. Evolui sem intercorrências, recebendo alta para ambulatório. Orio sobre vacinação

Orientações:

Prescrevo:

- a. Cefalexina 500mg 6/6h por 10 dias
 - b. Paracetamol 750mg 6/6h se dor
2. Procurar a emergência em caso de intercorrência febre, saída de secreção purulenta, novo trauma).
 3. Retorno ao ambulatório de HGV com 7 dias para marcação de consulta de retorno
 4. Curativo diário no PSF
 5. Vacinação antitetânica

Recife, 19/05/18

Médico

Thiago Gomes
Médico - CRM 19.769

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente Vera Lúcia da Silva foi internado neste serviço no dia 05/05/18 ao dia 19/05/18 para fins de tratamento ortopédico
CID S-92.9

Thiago Gomes dos Santos
Médico - CRM 19.769

Recife, 19/05/18



HOSPITAL
Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) **Vera Lúcia da Silva**
Sr. (a)

necessita de **15** (**QUINZE**) dias de afastamento do trabalho, a
partir desta

data por motivo de doença.

CID: S-92.9

Ortopedia / HGV
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

19/05/18
LOCALIDADE E DATA

Assinatura do médico – CRM nº

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

Thiago Gomes dos Anjos
Médico - CRM 19.769

Nota: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin, s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50630-00
Fone: (81) 3184 5600



NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

☐

M

☐

Vera Lucia da Silva, 57 ans.

Vítima de Abuso Sexual

Exposição com fratura de

2: MTD + Tumor +

Tumor Externo de

Meningeal no Ambulatório

Núcleo de Medicina de

Suas Atividades Laborais

CID: S92.7

EXCELSIOR SEGUROS
28 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

30/5/18

Dr. Breno Avelar
Médico
CRM-PE 24626



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Vergilino de Silva

IDADE:

58

SEXO:

F



M



Solteiro

Físio Jacopo

no Jovens

Ltd - Prefeitura Juven. E

+ Leno Jacopo

Dr. Jader Wanderley
Ortopedista Cir. do Pé
CRM 10897

12/09/18

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845600

HGV.1002.V.1.2013.

EXCELSIOR SEGUROS

28 MAR. 2019

SEGURO DPVAT



CLINICA DE FISIOTERAPIA SER EM TERAPIA

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

A PACIENTE VERA LUCIA DA SILVA, COM DIAGNOSTICO DE P.O FRATURA PÉ D, PELA FISIOTERAPIA NESTA UNIDADE.

A CONDUTA VEM SENDO REALIZADA:

ALONGAMENTOS;
EXERCÍCIO PARA FORTALECIMENTO;
EXERCÍCIO PARA ADM;
MANIPULAÇÃO ARTICULAR;
TREINO DE MARCHA;
US (PÉ D);
TENS (sob dores);

AValiação DA FISIOTERAPEUTA

- * Paciente com DOR.
- * Paciente com ponto de TENSÃO.
- * Paciente com GANHO MODERADO DE ADM E FM.
- * Paciente com ENCURTAMENTO MUSCULAR.

Recife 13 de MARÇO de 2019

CLINICA SER EM TERAPIA
CNPJ: 26.321.351/0001-79

Nataly Santos
Fisioterapeuta
CREFITO 209433

FISIOTERAPEUTA
Dra. Nataly Santos
CREFITO: 2094334 - F

EXCELSIOR SEGUROS

28 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

FONE: (81) 3132-4770 WHATSAPP: (81) 98157-2126

RUA DO RIACHUELO 105, SALA 602 - EDIF. CIRCULO CATOLICO, BOA VISTA, RECIFE - PE.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.131.058 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2018

NOME << VERA LÚCIA DA SILVA >>

RELACÃO << VALDEMAR PEREIRA DA SILVA >>
<< ANALIA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 25/12/1960

DOC. ORIGEM << 074617 01 55 1974 1 00024 184
0026517 66 RECIFE-PE >>

CPF 009.873.424-52

ASSINATURA DO DIRETOR *Paulo A. Tenório de Carvalho*

PAULO A. TENÓRIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

218283001009081842.8279723 F-82 67.656 - 4332

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

EC-2

Vera Lucia da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **009.873.424-52**

Nome: **VERA LUCIA DA SILVA**

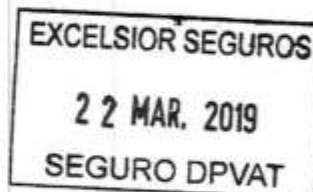
Data de Nascimento: **25/12/1960**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/02/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:44:42** do dia **21/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0BD1.1188.C30F.CF3D**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1104696240

NOME
CARYLOU SILVA DE FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6300624 SDS PE

CPF
049.212.454-01

DATA NASCIMENTO
30/06/1983

FILIAÇÃO
JOSE VITOR DE FREITAS
RINALDA MARIA SILVA
DE FREITAS

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
05087089331

VALIDADE
17/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
27/11/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
18/08/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

20069857846
PE063986728

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1104696240

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wesley Rucio da Silva
 DATA DO ACIDENTE 01.05.18 CPF DA VÍTIMA 009.873.424-52
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) INA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL)
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS
 22 MAR. 2019
 SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Wesley Rucio da Silva

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA Wesley Rucio da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190221808

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

Data do acidente: 04/05/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de segundo metatarso direito, talus direito

Descrição do exame físico: Vítima com edema no pé direito, consolidação viciosa do 2 metatarso, limitação na flexão deste (20 graus), bloqueio articular do tornozelo, flexão plantar a 20 graus, dorsal a 15 graus, deficit de força do pé de grau médio, claudicação de marcha (+-++++), presença de cicatriz extensa.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com parafusos, imobilização local, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 2 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/04/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em pé direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

Nome: Vera Lucia da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Domestica
Identidade: 6.131.058 CPF: 009.873.424-52
Endereço: Rua Polatima, 836, Alto Santa Terezinha

OUTORGADO(S): CARYLOU SILVA DE FREITAS, brasileira, solteira, inscrito (a) no CPF sob nº 049.212.454-01, RG nº 6.300.624 SDS/PE, com endereço profissional a Rua Pastor Evangélico Benoby Carvalho de Souza nº 418 B, Bairro: Bomba do Hemetério, Recife, estado de Pernambuco, e/ou MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, inscrito (a) no CPF sob nº 015;131;604-00, RG nº 6.424.822 SDS/PE, com endereço profissional a Rua Pastor Evangélico Benoby Carvalho de Souza, Bairro: Bomba do Hemetério, Recife, estado de Pernambuco, com endereço profissional a Rua Pastor Evangélico Benoby Carvalho de Souza, bairro: Bomba do Hemetério, Recife, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referente ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré- hospitalar (Corpo de Bombeiro e SAMU) do Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RECIFE, 21 de JANEIRO de 2019

Vera Lucia da Silva

OUTORGANTE
Reconhecer firma por autenticidade

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
Fone: (81) 3448-1061 - e-mail: 15cartorio@tjpe.jus.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
VERA LUCIA DA SILVA
lançada em minha presença. Dou fé.
Recife, 21 de janeiro de 2019. Em test. _____
da verdade.
ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCREVENTE
SUBSTITUTA)
Emol.: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79
Válido somente com o selo
0074617.PNF01201901.01812 (14:48:31)
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098903/19

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

CPF: 009.873.424-52

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VERA LUCIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARYLOU SILVA DE FREITAS : 049.212.454-01

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

VERA LUCIA DA SILVA : 009.873.424-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/03/2019
Nome: CARYLOU SILVA DE FREITAS
CPF: 049.212.454-01

CARYLOU SILVA DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098903/19

Número do Sinistro: 3190221808

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

CPF: 009.873.424-52

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VERA LUCIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: CARYLOU SILVA DE FREITAS
CPF: 049.212.454-01

CARYLOU SILVA DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190221808 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERA LUCIA DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TALUS E 2º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO HÁ COMO DEFINIR COM ACURACIDADE A EXISTÊNCIA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL PERMANENTE E INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA A PARTIR DA DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190221808

Nome do(a) Examinado(a): VERA LUCIA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Polatina, 836 - Recife/PE - CEP 52211-165

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 6131058 - sds pe - 31/08/2018

Data e Local do Acidente : 04/05/2018 - Recife/PE

Data e Local do Exame : 09/04/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de 2 metatarso direito, talus direito.

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

Tratado cirurgicamente com parafusos, imobilização local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 2 meses.

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

vítima com edema no pé direito, consolidação viciosa do 2 metatarso, limitação na flexão deste (20 graus), bloqueio articular do tornozelo, flexão plantar a 20 graus, dorsal a 15 graus, déficit de força do pé de grau médio, claudicação de marcha (+-++++), presença de cicatriz extensa.

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

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 de grau médio do pé direito, com bloqueio articular do tornozelo e consolidação viciosa da fratura de metatarso.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

pé direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190221808

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VERA LUCIA 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, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190221808

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VERA LUCIA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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. 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, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190221808

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190221808

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VERA LUCIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: VERA LUCIA DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001583

Conta: 0000054720-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 009.873.424-52 Nome completo da vítima: Vera Lúcia da Silva

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

Nome completo: Vera Lúcia da Silva CPF: 009.873.424-52

Profissão: Recusou Endereço: Rua Polatina Número: 836 Complemento: Casa

Bairro: Alto Sta Terezinha Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52.211-165

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 98416-1272

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 1583 CONTA: 00054720 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 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 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.

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Recife 21/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Vera Lúcia da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG Espinheiro

DATA: 13/03/2019

HORA: 11:02:21

TERMINAL: 15831015

CONTROLE: 158310150109

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1583 013.00054720-0

NOME: VERA LUCIA DA SILVA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 81 98416-1272

NÚMERO DO ENVELOPE: 3477740833

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105000539**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2019** às **15:41**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/5/2018** às **22:50**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, 2339** - Bairro: **BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE À CASA DE NÚMERO 2339**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
VIVIANE MARIA DA SILVA LIMA (OUTRO)
VERA LÚCIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

VERA LÚCIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANALIA MARIA DA SILVA** Pai: **VALDEMAR PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **25/12/1960** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6131058/SDS/PE (RG). 00987342452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Fixos:

- **34493826**

Telefones Celulares:

- **985242924**

Endereço Residencial: **RUA POLATINA, 836 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO SANTA TEREZINHA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VIVIANE MARIA DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VIVIANE MARIA DA SILVA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

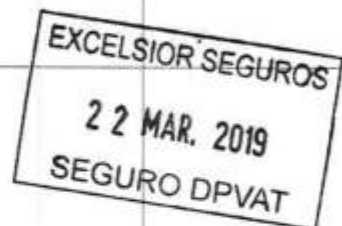
Placa: **KGK9103** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **971613958** Chassi: **9BGRZ48909G150470**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **GM/CELTA 4P LIFE**

Complemento / Observação

INFORMA A SRA. VERA QUE QUANDO ESTAVA RETORNANDO PARA CASA, ANDANDO PELA CALÇADA NA RUA PROFESSOR JOSE AMARINO DOS REIS, REPENTINAMENTE, UM VEÍCULO CELTA, DE COR PRETA, DE PLACA KGK-9103-PE, CONDUZIDO POR UMA MULHER, DESGOVERNADO, SUBIU A CALÇADA E ATROPELOU A SRA. VERA, CAUSANDO-LHE ESCORIAÇÕES E TRAUMA NO PÉ DIREITO. O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO FOI ACIONADO E CHEGOU AO LOCAL POR VOLTA DAS 23:51 H, E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS E A CONDUZIU À UPA DE OLINDA E APÓS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, ONDE SE CONSTATOU FRATURA DE 2º MTT E DE TÁLUS E EXTENSO FERIMENTO. ANTE O EXPOSTO, REGISTRA ESTE BOLETIM PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

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


VERA LÚCIA DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **SUETONE GOMES DA SILVA** - Matrícula: **319925-8**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 009.873.424-52 Nome completo da vítima: Vera Lúcia da Silva

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

Nome completo: Vera Lúcia da Silva CPF: 009.873.424-52

Profissão: Recusou Endereço: Rua Polatina Número: 836 Complemento: Casa

Bairro: Alto Sta Ferezeinha Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52.211-165

E-mail: _____ Tel./DDD: (81) 98416-1272

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1583 CONTA: 00054720 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 da 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 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.

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Recife 21/03/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Vera Lúcia da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 009.873.424-52 Nome completo da vítima: Vera Lúcia da Silva

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

Nome completo: Vera Lúcia da Silva CPF: 009.873.424-52

Profissão: Recusou Endereço: Rua Polatina Número: 836 Complemento: Casa

Bairro: Alto Sta Ferezeinha Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52.211-165

E-mail: _____ Tel./DDD: (81) 98416-1272

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1583 ☐ CONTA: 00054720 ☒ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 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 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.

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Recife 21/03/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Vera Lúcia da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VERA LUCIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01583

CONTA: 000000054720-0

Nr. da Autenticação 4A99E2076CEEAA08

R\$ 61,16

VENCIMENTO

12/01/2019

EMIÇÃO: 19/12/2018

POSTAGEM: 27/12/2018

FATURA: 3624641121

CLIENTE: 1.66575716

CPF/CNPJ: 04921245401

ACESSO: 81 99866-3908

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000166575716010

CARYLOU SILVA DE FREITAS
PASTOR EVANGELICO BENOBY CARVALHO DE SOUZA, 418, CASA
BOMBA DO HEMETERIO
52211-020 - RECIFE - PE

IMPORTANTE PARA CARYLOU

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/NOV A 18/DEZ

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle B Plus

R\$ 59,99



OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

R\$ 1,17

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle B Plus: 81998663908 (088/PÓS/SMP)

TIM Music

TIM Banca Virtual

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	59,99
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	1	-	-	Incluído
Total de Mensalidades					59,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura

JUROS: (VENC 12/11/18, PAGO EM 12/12/18)

MULTAS: (VENC 12/11/18, PAGO EM 12/12/18)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	0,39
-	-	1	-	-	0,78
Total de Outros Créditos e Débitos					1,17

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 6,26
ICMS	30%	R\$ 38,19	R\$ 11,76	FUNTEL:	R\$ 0,13
PSICOFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PSICOFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				
PSICOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (3%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídas no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 38,19
SVA	R\$ 20,80
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar e conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

CARYLOU SILVA DE FREITAS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000166575716010

MÊS DE REFERÊNCIA
DEZ/2018

DATA DE EMISSÃO
19/12/2018

DATA DE VENCIMENTO
12/01/2019

VALOR
R\$ 61,16

84630000000 - 3

61160109011 - 5

00362464112 - 6

10120542100 - 7

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Carlyen Silva de Freitas
inscrito (a) no CPF/CNPJ 049.212.454/01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Vera Lúcia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.873.424/52
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Vera Lúcia da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.873.424/52 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 Pastor Benedito Parvalho de Souza</u>	Número: <u>438</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Bom do Armetório</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52.211-020</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 98416-1272</u>

Local e Data: Recife 21/03/19


Assinatura do Declarante

