

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: 52211165

Usuário Atendimento: TARCIANASA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 84462711

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

rebaixada
for febre + dor

Exame Físico

lido e P.º anormal

EXCELSIOR SE
11 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

Hipótese Diagnóstico

Fevereiro

Conduta Terapêutica

Rx de Fase crônica

Prescrição Médica

metformina 2000 mg 03/Mês

metformina 500 mg 01/dia

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência

Transferido:

Para: *216m 200*

Senha: _____

Carimbo/Médico

HGU: 5920099



1290570

- Tramadol 100 mg + 200 mg 01/dia
05/05/2019

1AS - OLINDA

Classificação de Risco - Protocolo
Data retirada da senha: 05/05/2018 01:05

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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-

Exograma 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 Táclus 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 Táclus e extenso ferimento** submetido a procedimento cirúrgico dia **18/05/2018**. Evolui sem intercorrências, recebendo alta para ambulatório. Oriento sobre vacinação

Orientações:

1. Prescrevo:
 - a. Cetalexina 200mg 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 ^{reis}
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

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

Ortopedia / HGV
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

19/05/18
LOCALIDADE E DATA

Thiago Gomes dos Anjos
Médico - CRM 19.769

Assinatura do médico – CRM nº

Nota: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPB aprovado pelo Decreto nº 60.501 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

Vivio Lima - 38 Silve, 57 an.

Vitims de Abnegamento

Evocinato com fratura de

2: M77 D + T7H +

Fracto Extremo da

Abdomen

Negativo de Motilidade

Suspeita de lobo

ED: S92.7

EXCELSIOR SEGUROS
28 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.830-060
Fone: 0XX 81.31345600

HGV 1002 V. 1.2013.

Dra. Breno Avelar
Medico
CRM/PE 24626

30/5/18



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Weng Leota de Góes

IDADE:

38

SEXO: F M

Jolivis

Fisioterapeuta

NO JANEIRO

Id - Prefac Jolivis E

- Laranjinha

12/09/18

Dr. Jader Wanderley
Ortopedista Cir. do Pé
CRM 10897

Avenida General San Martín s/n – Cardeiro
Recife/PE – CEP 50.630-060

Fone: 0XX.81.31845800

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: 26.381.351/0001-79

Nataly Santos
Fisioterapeuta
CREFITO 209433

FISIOTERAPEUTA
Dra. Nataly Santos
CREFITO: 2094334 - F

EXCELSIOR SEGUROS
28 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	6.131.058	DATA DE EXPEDIÇÃO	31/08/2018
NOME	<< VERA LÚCIA DA SILVA >>		
TELAÇÃO	<< VALDEMAR PEREIRA DA SILVA >>		
<< ANALIA MARIA DA SILVA >>			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
RECIFE - PE	25/12/1960		
DOC. ORIGEM	<< 074617 01 55 1974 1 00024 184		
0026517 66 RECIFE-PE			
CPF	<i>Paulo de Carvalho</i> PAULO A. TEIXEIRA DE CARVALHO DELEGADO DA POLÍCIA CIVIL SERVIÇO DO RJ		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83			
218283001009081842.8279723 F-82 67.656 - 4332			

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR. 2019

SEGURO DPVAT





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**

Dígito 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**



EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Uma Lucia da SilvaDATA DO ACIDENTE 04/05/18 CPF DA VÍTIMA 000.873.421-52

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO (IML) (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) (F) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA 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

 * MORTE = R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

* 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTERA 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

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURÓ DPVAT

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

DATA _____

IDENTIDADE

NOME _____

ASSINATURA

ASSINATURA _____



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 2º 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 término 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: Doméstica
Identidade: 6.131.058 CPF: 009.873.424-52
Endereço: Rua Polatina, 836, Alto Santa Terezinha

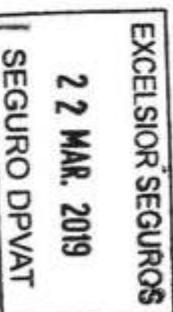
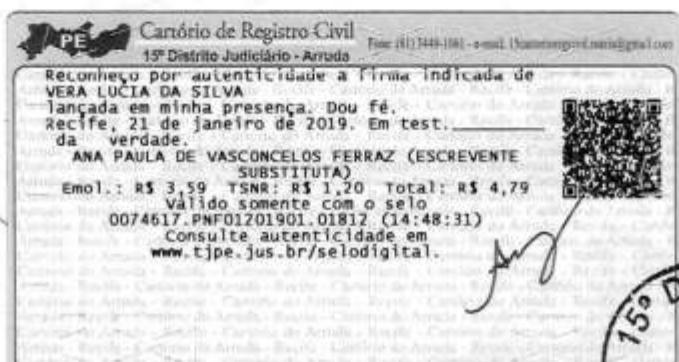
OUTORGADO(S): CARYLOU SILVA DE FREITAS, brasileira, solteira, inscrito (a) no CPF sob nº 049.212.454-01, RG nº 6.300.624 SDS/PE, com endereço profissional a Rua Pastor Evangélico Benoboy Carvalho de Souza nº 418 B, Bairro: Bomba do Hemetério, Recife, estado de Pernambuco, e/ou MARIA DA CONCEIÇÃO DOS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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098903/19

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

CPF: 009.873.424-52

Data do acidente: 04/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VERA LUCIA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARYLOU SILVA DE FREITAS

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098903/19

Número do Sinistro: 3190221808

Vítima: VERA LUCIA DA SILVA

Data do acidente: 04/05/2018

CPF: 009.873.424-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VERA LUCIA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARYLOU SILVA DE FREITAS

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: FRTRAURA 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 2º metatarso, limitação na flexão deste (20 graus), bloqueio articular do tornozelo, flexão plantar a 20 graus, dorsal a 15 graus, deficit de forla do pé de grau medio, 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 medio 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 ás 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

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, 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



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, 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

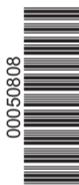
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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: Nome completo da vítima:

009.873.424-52 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: **Recusa** Endereço: **Rua Belatina** Número: **836** Complemento: **Casa**
 Bairro: **Alto Sta Teresinha** Cidade: **Recife** Estado: **PE** CEP: **52.211-165**
 E-mail: **(81)98416-1272**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **1583**

CONTA: **00054720**

(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)

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

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 atende 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 Lider 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

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Vera Lúcia da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Elba

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 RODO, 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

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR, 2019
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105000539**

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

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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: **AUTOMOVEL/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**

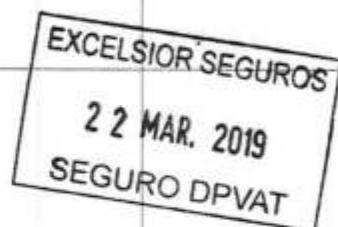
Descrição: **GM/CELTA 4P LIFE**

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 EXLENDO FERIMENTO. ANTE O EXPOSTO, REGISTRA ESTE BOLETIM PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

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

Vera Lucia da Silva
VERA LUCIA 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:

Nome completo da vítima:

009.873.424-52 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
Recusen Rua Polotina
Alto Sta Férezenha Cidade: Recife

CPF: 009.873.424-52
Número: 836 Complemento:
CEP: 52.251-165
TEL (DDD): (81) 98416-1272

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1583 CONTA: 00054720 0
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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):

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR. 2019

SEGURADO DPVAT

Não há IML que atende 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 no seu conteúdo.

MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.

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:

Nome completo da vítima:

009.873.424-52 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
Recuseu Rua Polotina
Alto Sta Férezenha Cidade: Recife

CPF: 009.873.424-52
Número: 836 Complemento:
CEP: 52.251-165
TEL (DDD): (81) 98416-1272

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1583

CONTA: 00054720 0

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

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):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias no seu conteúdo. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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

SEGURADO 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MAURICIO FELICIANO PESSOA
PXA LOJINHA DO BAIXINHO
CPF: 234.765.324-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA POLATINA 836
ALTO STA TEREZINHA/RECIFE
52211-165 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO 16/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/01/2019	CONTA CONTRATO 000076245010
TOTAL A PAGAR (R\$) 57,58	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/01/2019	Nº DO CLIENTE 2800023527
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 045837366	
RESERVADO AO FISCO 737A.036D.12D7.E124.8F6F.F16B.B423.8C3C		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Consumo Ativo(kWh)	80,00	0,71979022	57,58	Vencido	Dt Reav	Valor
				19/12/18	09/01/19	164,85
				19/11/18	12/12/18	165,95
EXCELSIOR SEGUROS						
22 MAR. 2019						
SEGURO DPVAT						
TOTAL DA FATURA			57,58			
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS						
ICMS		PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO
57,58	25,00	14,30	57,58	0,45	0,25	57,58
						2,09
						1,26
Tarifas Aplicadas						
Consumo Ativo(kWh)	8,52156000					
JAN	19		80			
DEZ	15		111			
NOV	18		111			
OCT	18		114			
SET	18		107			
AGO	18		90			
JUL	18		78			
JUN	18		97			
MAI	18		103			
ABR	18		117			
MAR	18		95			
FEB	18		122			
JAN	18		115			
HISTÓRICO DO CONSUMO kWh						
GERAÇÃO DE ENERGIA	RS %					
TRANSMISSÃO	18,66	32,41				
DISTRIBUIÇÃO (celpe)	2,76	4,79				
ENCARGOS SETORIAIS	12,92	22,44				
TRIBUTOS	3,33	5,78				
PERDA DE ENERGIA	15,84	27,51				
TOTAL	4,07	7,07				
	67,58	100				

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MÉDIO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
E38540	CAT	12/12/2018 52.923,00	09/01/2019 53.003,00	28	1,00000	0,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/02/2019						
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
nov/2018						
DIC-No de horas sem Energia	SEBERIBE	0,00	4,85	9,91	19,82	
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95	
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00	
DCR-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DCR: 12,22			
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,02						
Toda Consumidor pode solicitar a apuração das Indicadoras DIC, FIC, DMC e DCR a qualquer tempo.						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
Pague no ponto mais perto de você! dafvino francisco de araujo 04: rua severino bernardino pereira 368 alto jeso de pinho / damares variedades: r severino bernardino pereira						
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br .						
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.						
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês						
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.						

DESTAQUE AQUI						
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO		
000076245010	01/2019	57,58	16/01/2019			

838000000009 575800110009 076245010106 165525676237



Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
MÍNIMO	MÁXIMO		
220	282	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas Moraes 4270
FREG.D AFOGADOS-Imbiribeira-Recife - PE
CNPJ: 02.421.421/0013-55 - I.E.: 0265614-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 61,16

VENCIMENTO

12/01/2019

EMISSÃO: 19/12/2018

POSTAGEM: 27/12/2018

FATURA: 3624641121

CLÍENTE: 1.66575716

CPF/CNPJ: 04921245401

ACESSO: 81 99866-3908

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000166575716010

CARYLOU SILVA DE FREITAS
PASTOR EVANGÉLICO 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\$ 0,26
ICMS	30%	R\$ 39,19	R\$ 11,76	FUNITEL:	R\$ 0,13
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.745/2012
As contribuições do FUST (1%) e FUNITEL (0,3%) não são repassadas às tarifas

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

Incluídos no(s) Plano(s)

Franchise(s) R\$ 39,19

SVA R\$ 20,80

Desconto(s) Franchise(s) R\$ 0,00

Desconto(s) SVA R\$ 0,00



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlyne 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 009.873.421.52,
 do sinistro de DPVAT cobertura 1mobilidade 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 Benoboy Barvalho de Souza</u>	Número:	<u>418</u>	Complemento:	<u>Casa</u>	
Bairro:	<u>Bombe do Bemeteru</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

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT