



Número: **0026983-38.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNALVA FRANCISCA XAVIER SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56419 443	14/01/2020 10:55	2658389_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00269833820198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDNALVA FRANCISCA XAVIER SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito tendo em vista que** o boletim de ocorrência somente foi elaborado somente após 05 meses do suposto acidente e que os documentos médicos apresentados aos autos não comprovam qualquer acompanhamento ou tratamento que atestem a invalidez permanente alegada.

Assim, resta claro que os documentos juntados aos autos foram elaborados a partir do noticiado pela própria parte autora, produzidos de forma unilateral, incapazes de formar o convencimento do magistrado acerca da efetiva existência do sinistro, podendo a parte autora ter adquirido tais lesões em qualquer outra circunstância, imputando as mesmas ao suposto sinistro!

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Outrossim, ultrapassada a alegação consistente na ausência de nexo causal, cabe ressaltar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro quadril esquerdo com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$843,75:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180441084	Cidade: Santa Cruz do Capibaribe	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER	Data do acidente: 07/04/2018	Seguradora: ALFA SEGURADORA		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 03/01/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Sim				
Diagnóstico: FRATURA EM RAMO PÚBLICO ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.				
Sequelae permanentes:				
Sequelae:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae:				
Documentos complementares:				
Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.				
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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75
ESPECIALISTA				
Empresa: Líder- Serviços AMD				
Grupo: EQ3				
Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA				
CRM: 900400				
UF do CRM: RJ				
Assinatura:				
				



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:	21/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000010817-5

Nr. da Autenticação 3AA704B551E280C2

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no quadril esquerdo com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no quadril esquerdo com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0026983-38.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

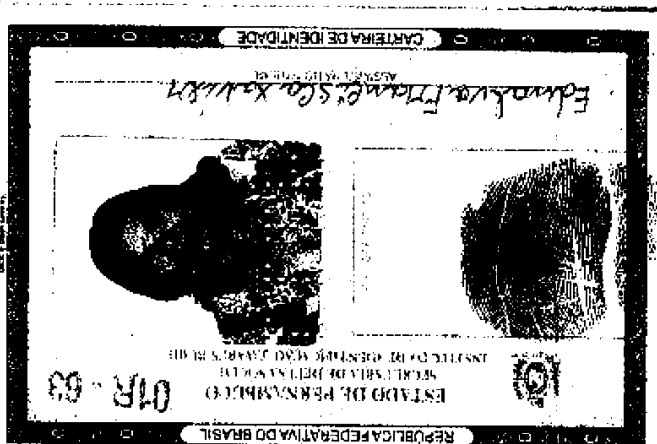
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNALVA FRANCISCA XAVIER SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56419444	14/01/2020 10:55	ANEXO 1	Outros (Documento)



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **10.173.225** DATA DE EXPEDIÇÃO **18/05/2015**

NOME **<< EDNALVA FRANCISCA XAVIER >>**

FILIAÇÃO **<< ANTONIO AMARO XAVIER >>**
<< JOSEFA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO >>

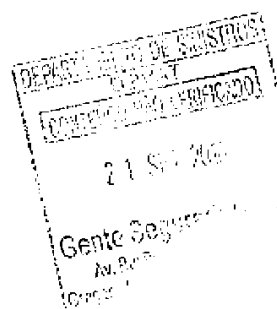
NACIONALIDADE **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE** DATA DE NASCIMENTO **17/07/1963**

DOC. ORDEM **<< 0773050155 1980 3 00002 130 0000724 11 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE >>**

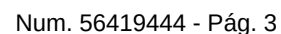
CNPJ **049.314.864-79**

ASSINATURA DO DIRETOR **LEI Nº 7.116 DE 29/08/83**

413831862309405741.6374868 F-66 73.834 - 3011



[illegible][illegible]



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO TIPO SUA CARGA, A PESAR DE TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013728670498 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALCIONE BARBOSA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

3 C CAPITALIZAR - PE

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 14/06/18

CPF (CNPJ) 353.564.938-27

PLACA FEO8593

RENAVAM 208846443

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2011

PLAC. TIME 09

Nº CHASSI 9C2JC41205R538953

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DEMATRAZ (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO RANTE (R\$)

SEGURO PAGO

DATA TIME

RELAÇÃO DE DANOS (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA LÚICA

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.004/0001-44

DESEMPENHO E CUMPRIMENTO DO SEGURO DPVAT

SE NAO E ES FORTE OBRIGATORIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441084

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do acidente: 07/04/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Conceição Francisca Xavier

DATA DO ACIDENTE 08-09-18 CPF DA VITIMA 019.314.864-29

POSTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEADO É

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Roseana Alves do Bocão

Nº 03 COMPLEMENTO CPH BAIRRO Centro

CIDADE Itapetininga UF PE CEP 55192305

E-MAIL antonioyvescordeiro@gmail.com TELEFONE (81) 91613967

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL); QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS GASTOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SÓRDIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E DO ESTABELECIMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☒ RECETAS FISCALIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS GASTOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MONTE - 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06-04-2018

IDENTIDADE 4.810.3895577-8

ASSINATURA Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Santa Cruz do Capibaribe -PE, 20 de dezembro de 2018.

039156018

À LIDER / GENTE SEGURADORA S/A

ASSUNTO: ESCLARECIMENTO QUANTO A LAUDO

VÍTIMA: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO: 3180/441084

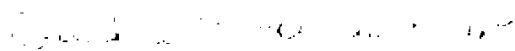
Prezado Senhor,

Venho perante V. S^a., solicitar que o meu processo seja REANALISADO, pois, por ocasião da reclamação do referido sinistro, encaminhei toda documentação solicitada pela LIDER, para recebimento do seguro DPVAT, no entanto, a seguradora fica pedindo Laudo novamente como se eu não tivesse enviado, mas através desta estou remetendo novamente os Laudos Médicos realizado por Ortopedista onde indicam as minhas SEQUELAS. Outrossim, informo ainda a VS^a., que o meu processo já foi submetido até a auditoria, onde um funcionário da Lider veio em minha casa e fez uma entrevista comigo, na ocasião também comprovou minha invalidez.

Diante do exposto, solicito que seja providenciado com a maior brevidade possível a REANÁLISE do meu processo e em seguida que seja liberada a indenização a que tenho Direito.

Segue anexo, CÓPIA DO LAUDO expedido pelo Ortopedista.

Fico no aguardo,


EDNALVA FRANCISCA XAVIER

- Vitima/beneficiária -





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441084

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do acidente: 07/04/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM RAMO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441084

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do acidente: 07/04/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura ramo ísquio púbico esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: Marcha claudicante, redução da flexo-extensão do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetida a tratamento conservador. Realizou fisioterapia da qual recebeu alta há 4 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/01/2019

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 quadril esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441084

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do acidente: 07/04/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fratura ramo ísquio púbico esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: Marcha claudicante, redução da flexo-extensão do quadril esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetida a tratamento conservador. Realizou fisioterapia da qual recebeu alta há 4 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/01/2019

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 quadril esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

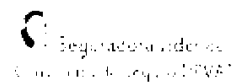
CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347540/18

Número do Sinistro: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

CPF: 049.314.864-79

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 07/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 28/12/2018

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/12/2018

Nome: Marta Marinho dos Santos

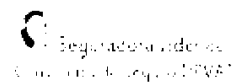
CPF: 492.294.514-87

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347540/18

Número do Sinistro: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

CPF: 049.314.864-79

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 07/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

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: 09/11/2018

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

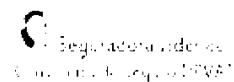
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347540/18

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

CPF: 049.314.864-79

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 07/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

EDNALVA FRANCISCA XAVIER : 049.314.864-79

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: 21/09/2018
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDNALVA FRANCISCA XAVIER**

Nº Sinistro: **3180441084**

Vítima: **EDNALVA FRANCISCA XAVIER**

Data do Acidente: **07/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180441084**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13395644

Pag. 00187/00188 - carta_01 - INVALIDEZ

00020094



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Nº Sinistro: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180441084**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00307/00308 - carta_03 - INVALIDEZ

00040154



Carta nº 13446732



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDNALVA FRANCISCA XAVIER**

Sinistro: **3180441084**
Vítima: **EDNALVA FRANCISCA XAVIER**
Data do Acidente: **07/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180441084** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00201/00202 - carta_02 - INVALIDEZ

00050101



Carta nº 13580582





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, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDNALVA FRANCISCA XAVIER

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

Pag. 01047/01048 - carta_03 - INVALIDEZ

00060524



Carta nº 13676276





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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180441084

Vítima: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

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

Pag. 00103/00104 - carta_02 - INVALIDEZ

00040052



Carta nº 13781407



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

049.314.864-79

Nome completo da vítima

EDNALVA FRANCISCA XAVIER

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Endereço

RUA PE. JOSÉ ARAÚJO ARAÚJO

Bairro

DONA DONA

Cidade

Ita - Cruz do Sul

CPF titular da conta

049.314.864-79

Profissão

R.F.N.F.

Complemento

CABA

Número

529

Estado

PE

CEP

55190000

Telefone (DDD)

81.91613904

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ PRECISO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (2371)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Razão

AGÊNCIA

Nº

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

07 de Setembro de 2018
CAP. DE

Local e Data

Edinalva Francisca Xavier

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



034754018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Nome completo do beneficiário ASL: 3150 443 084 LPE da vítima: 019 314 864-79 Nome completo da vítima: DONALDO RODRIGUES LACERDA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: DONALDO RODRIGUES LACERDA LPE titular da conta: 019 314 864-79 Profissão: ENFERMEIRO
Endereço: RUA DE SÃO FRANCISCO, 1000 Número: 529 Complemento: CASA
Bairro: BOA VISTA Cidade: CRUZALTA Estado: PE CEP: 55190-000
E-mail: Telefone (DDD): 319213202

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ ATIVIDADE INFORMAR	RECEITA	ATE R\$ 1.000,00	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDA NA VERIFICAÇÃO 03/01/2020 NOME Centro Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 315 - 15 Recife - PE
R\$ 1.001,00 ATE R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 7.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (2371) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (3411)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NÚMERO 4758	CONTA NÚMERO 30817	AGÊNCIA NÚMERO 5	CONTA NÚMERO 5
Informar dígito de estado	Informar dígito de estado	Informar dígito de estado	Informar dígito de estado

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Assinado em 05 de Setembro de 2018
 Assinatura do Beneficiário

Assinado em 05 de Setembro de 2018
 Assinatura do Representante Legal

11/0001/2017





AUTO-ATENDIMENTO - AG 29 DE DEZEMBRO
DATA: 27/09/2018 HORA: 14:17:34
TERMINAL: 47581005 CONTRALE: 475810050416

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA DE VALORES

REMETENTE
CGO/AGENCIA : 4758 / 29 DE DEZEMBRO
CONTA : 013.00010081-4
NOME : FABIANA CLEMENTE DA SILVA

FAVORECIDO
CGO/AGENCIA : 4758 / 29 DE DEZEMBRO
CONTA : 013.00010081-5
NOME : EDNALVA FRANCISCA XAVIER

VALOR : 10,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 27/09/2018

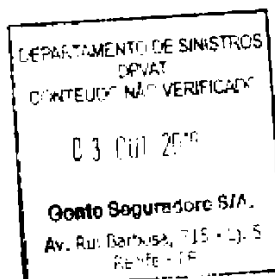
DEBITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





474110

0347540/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
DP128CIRC DINTER1/17º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218004280**

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO
POLICIA CIVIL
CONTROLE DE VEICULOS
21 SET 2018
Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 116 Loja
Bomfim - Recife/PE - CEP: 52070-000

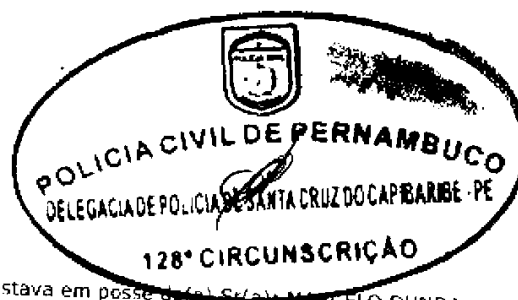
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/09/2018** às **11:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **7/4/2018** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, BR-104, NAS IMEDIAÇÕES DO MOTEL BLUS STONE, TAQUARITINGA DO NORTE - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
MARCELO DUNDA DA SILVA (NOTICIANTE)
VALCIONE BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
EDNALVA FRANCISCA XAVIER (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de (s): Sr(s): **MARCELO DUNDA DA SILVA**

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

EDNALVA FRANCISCA XAVIER (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANTONIO AMARO XAVIER** Data de Nascimento: **17/7/1963** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10173225/SDS/PE (RG) 04931486479 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **999337835**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RUA PADRE JOSE ARAGÃO ARAUJO, 529, DONA DON - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

\\C:\Users\POLICIA%20CIVIL\infopol\xml\BOEPreview.html

18/09/2018



MARCELO DUNDA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

VALCIONE BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALCIONE BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO DUNDA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PE08593** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **308846443** Chassi: **9C2JC4120BR538963**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

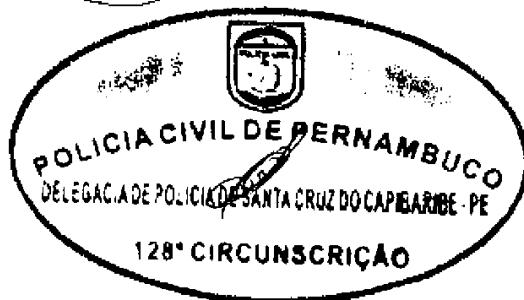
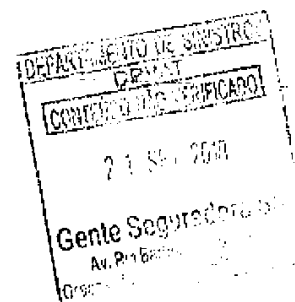
A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 07 DE ABRIL DE 2018, POR VOLTA DAS 17:30 HORAS, SE ENCONTRAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA DO SEU FILHO MARCELO DUNDA DA SILVA, QUE A PILOTAVA, COM DESTINO DA SUA RESIDENCIA, VINDO DO SÍTIO, SENDO QUE AO CHEGAREM NA RODOVIA FEDERAL BR-104, NAS IMEDIAÇÕES DO MOTEL BLUE STONE, UM VEICULO DE COR CINZA, TENTOU LIVRAR DE UM BURACO E ASSUSTOU O PILOTODA MOTOCICLETA QUE CAIU DA MOTOCICLETA JUNTAMENTE COM A VITIMA QUE FICOU COM DORES NA PERNA, A QUAL FOI SOCORRIDA POR UM VEICULO PARA A SUA RESIDENCIA, ENQUANTO QUE O FILHO DA VITIMA MARCELO DUNDA DA SILVA LEVOU A MOTOCICLETA PARA A SUA RESIDENCIA, NO ENTANTO A VITIMA FOI ENCAMINHADA PARA A UPA DESTA CIDADE PORQUE ESTAVA COM MUITA DORES NO FEMO DA PERNA ESQUERDA. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.

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

Edinalva Francisca Xavier

EDNALVA FRANCISCA XAVIER
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**



Unidade



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EDIVALVA FRANCISCA Xavier

CPF da Vítima

049.314.864-79

Data do Acidente

08/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova de Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

08/09/2018, 08 de Setembro de 2018
Cap. PE Local e Data

Edivalva Francisca Xavier
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





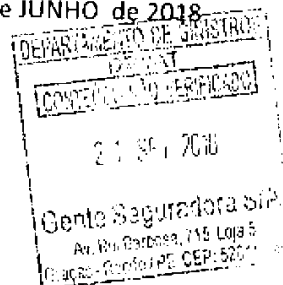
PM - 11.410 - 11.410 - 11.410
**SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE**
PM - 11.410 - 11.410 - 11.410



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **EDNALVA FRANCISCA XAVIER** nascido em 17/07/1963 esteve nesta unidade hospitalar no dia 08/04/2018 por volta das **08h53min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 11 de JUNHO de 2018



ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE.
E-mail: upa24hscc@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0082962 08/04/2018 08:53:35

Paciente: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

Sexo: F

D. Nasc.: 17/07/1963

RG

Profissão:

Filiação: Mãe: JOSEFA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO

Pai: ANTONIO AMARO XAVIER

Endereço: PADRE JOSE ARAGAO ARAUJO, 529

Bairro: DONA DOM

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0084225

SUS: 898002909280685

Idade: 55 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 160 x 90 mmHg

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Queda de peso de 10 kg, náusea
de início em MIE e dor costal

Exame Físico:

pega: síncope e vomito

Diagnóstico Provisório:

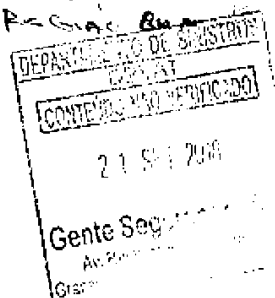
Razo x: Fratura da Pélvis em Paciente com

Conduta:

1 Voltar plg. cur

2 Dipnóia. Dig.

Rx. MIE



Liberação do Paciente. Data: ____/____/____ Hora: ____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

✓ encaminhado ao Otorrinolaringologista

✓ Medicação p/ casa

CÓPIA AUTORIZADA



CLASSIFICANDO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 09:00

Doenças preexistentes: Nenhuma

Alergias: Nenhuma

Uso de medicações: Nenhuma

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Acnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50 >140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Inresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS:

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Poli-traumatizado com Glasgow entre 13 e 15 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 3º graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); História até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante com material biológico ();

OBS:

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quedões (); Dor abdominal sem alterações de SSW (10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS:

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE (X) AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (X)

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
Enfermeiro

ASS E CARIMBO DO ENFERMEIRO



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: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALVA FRANCISCA XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000010817-5

Nr. da Autenticação 3AA704B551E280C2



[illegible]

ENCARGO DA UNIDADE CONJUNTA
10.12.1961 AF 70-AF 609. 1. 524

CONFIDENTIAL - EYES ONLY (020142812)

1. CHARGE (1000) 2. CHARGE (1000)
 3. CHARGE (1000) 4. CHARGE (1000)
 5. CHARGE (1000) 6. CHARGE (1000)

CLASIFICACIÓN
DE RESIDENCIAL
DADA RENDAS CON LOS
Muestreos

CONTA CONFIRMADO 7017653835 08/2018

DATA DI VERIFICA: 25/08/2018 DATA DI INDIRIZZO: 18/07/2018

TOTAL STAGNATION 18.81

INDICATOR	DATE	STATUS
INDICATOR	DATE	STATUS

APRESENTAÇÃO	NR 001.25075	NR DA REGULAÇÃO
14/07/2018	2709: 36894	34764.0

CLASSIFICAÇÃO DA NOTA TIPOAL

RESERVAÇÃO DA NOTA FISCAL		PREVISÃO	VALOR
CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	VALOR ESTIMADO	VALOR REAL
01	CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	1.000,00	1.000,00
02	CONSUMO DE GÁS	500,00	500,00
03	CONSUMO DE ÁGUA	200,00	200,00
04	CONSUMO DE ALUGUELO	1.500,00	1.500,00
05	CONSUMO DE MANUTENÇÃO	1.000,00	1.000,00
06	CONSUMO DE OUTROS	1.000,00	1.000,00
07	CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	1.000,00	1.000,00
08	CONSUMO DE GÁS	500,00	500,00
09	CONSUMO DE ÁGUA	200,00	200,00
10	CONSUMO DE ALUGUELO	1.500,00	1.500,00
11	CONSUMO DE MANUTENÇÃO	1.000,00	1.000,00
12	CONSUMO DE OUTROS	1.000,00	1.000,00
13	CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	1.000,00	1.000,00
14	CONSUMO DE GÁS	500,00	500,00
15	CONSUMO DE ÁGUA	200,00	200,00
16	CONSUMO DE ALUGUELO	1.500,00	1.500,00
17	CONSUMO DE MANUTENÇÃO	1.000,00	1.000,00
18	CONSUMO DE OUTROS	1.000,00	1.000,00
19	CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	1.000,00	1.000,00
20	CONSUMO DE GÁS	500,00	500,00
21	CONSUMO DE ÁGUA	200,00	200,00
22	CONSUMO DE ALUGUELO	1.500,00	1.500,00
23	CONSUMO DE MANUTENÇÃO	1.000,00	1.000,00
24	CONSUMO DE OUTROS	1.000,00	1.000,00
25	CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	1.000,00	1.000,00
26	CONSUMO DE GÁS	500,00	500,00
27	CONSUMO DE ÁGUA	200,00	200,00
28	CONSUMO DE ALUGUELO	1.500,00	1.500,00
29	CONSUMO DE MANUTENÇÃO	1.000,00	1.000,00
30	CONSUMO DE OUTROS	1.000,00	1.000,00

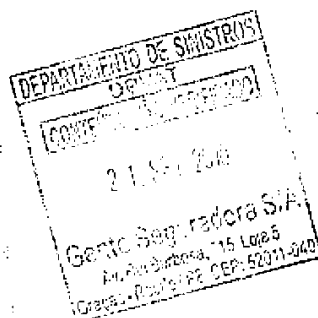
10.1017/S0007122614000044

DEMONSTRATION OF THE BEST AVAILABLE

Nº DO REGISTRO	TÍTULO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONDIÇÃO FINAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000001	CAI	15/05/2012	10.000,00	15/05/2012	15.000,00	20	1.000,00		OK

[illegible]

TRIBUNALES IMPORTANTES

[illegible]

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECABWEB/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA DE FERNANDES inscrito (a) no CPF sob o Nº 495.234.444, 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDNALVA FRANCISCA XAVIER inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.314.864, 79, do sinistro de DPVAT cobertura TU da Vítima EDNALVA FRANCISCA XAVIER inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.314.864, 79 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		Número	Complemento
Rua Rosemário Alves da Rocha		03	CAD
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	CRUZES	PE	55192305
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			8191613901

CRUZES, 06 de Setembro de 2019
Local e Data

Adriana M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALCIONE BARBOSA DA SILVA,
 RG nº 3.758.11709, data de expedição 13/09/07,
 Órgão SSP-PE, portador do CPF nº _____, com
 domicílio na cidade de UF: Cruz do CAP., no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pe. JOSE PRACA ARAUJO, D. DOM, nº 529,
 complemento CMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado, é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ANDRÉ FRANCISCA VIEIRA cujo o condutor era
MARCELO DUNDA DA SILVA.

Veículo: motocicleta

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: PE 08593

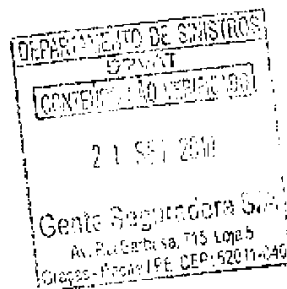
Chassi: 9C2JC4120BR538963

Data do Acidente: 08-04-2018

Local e Data: UF: Cruz do CAP - PE 13-09-2018

Valcione Barbosa da Silva
 Assinatura do Declarante

Marcelo Dunda da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) VALCIONE BARBOSA DA SILVA Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, quarteirão 13 de setembro de 2018 - 14:26h Ex Testemunho da verdade Juliana Honório de Souza - Escrevente Total: 4,79 * Sel(s): 0159467.R0007201804.03939 -

* Consulte autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: EDNALVA FCG XAVIER

- ENCAMINHO PACIENTE AO:
ORDENADORISTA

HD: TRATAMENTO SUPERIOR @ DO PÚBIS

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
CENTRO DE ATENDIMENTO
21/05/2018
Genio Seguros S/A
Av. R. S. 1000, 715 Loja 5
Cidade - Recife - PE CEP: 52011-240

Dr. Wilson Viana
CRM 24480
9 ABR. 2018

Data: ____/____/____

MED-CC

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: ____/____/____

MEDICO



MED-CL

CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO
SERVIÇO DE RADIOLOGIA DIGITAL

Av. Olímpio Bezerra de Arruda, 518 -
Fone: (081) 3731-5893, CLARO (081) 9.9471-0111
Santa Cruz do Cap

NOME DO PACIENTE: EDINALVA JOSEFA FRANCISCA O
DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1966 SEXO: FEMININO
Exame(s) Realizado(s): BACIA em 26/06/2018 10:55:58
Solicitante: DR.CLEANTO PIO DE SALES CHAVES

LAUDO RADIOLÓGICO

BACIA:
Fratura do púbis esquerdo.
Não se identifica outra lesão ósteo-articular na bacia.

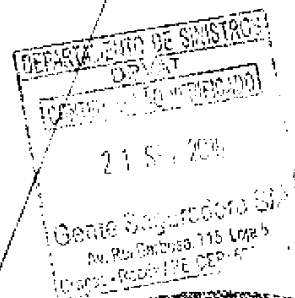


Dr Celso Henrique Pante - CRMRS 8186
Lector OIT
Médico Radiologista

*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO RADIOLOGISTA Dr. Celso Henrique Pante - CRM: 8186-RS.

LAUDO RADIOLOGICO CRIADO EM 26/06/2018 11:47:27 (HORARIO DE BRASILIA).

*Guarde e leve este laudo com você em exames futuros para avaliação do seu médico.



0347540/18

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

EDNILVA FRANCISCA XAVIER

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

08/04/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

08/04/18

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

VATH MENEZES CUMARÃES CRM 16.551

LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE:

fratura do osso púbico A 1/ fratura
aberta em fratura pública

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

dor + fisioterapia. Evoluções com dor crônica
+ claudicação + edema MIE.

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?

[] SIM

[X] NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Dor (fratura pública) por trauma com fratura, incapacidade 50%.
- 2º MIE - claudicação + edema crônica, incapacidade 50%.
- 3º
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 08/04/18 A 08/04/18

QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Santa Cruz do Capibaribe - PE

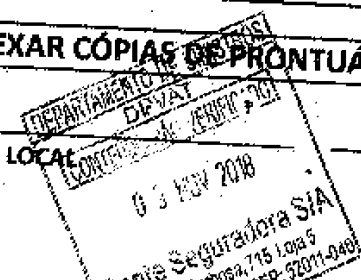
LOCAL

08/04/18

DATA

Dr. Vath Menezes Cumarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / CRM-PB 6326
TEOT 15.090
ASSINATURA DO JOELHO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE



DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA :

NUMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE :

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE :

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? ☐ SIM ☐ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE :

- ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
- ☐ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Vitor Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / CRM-PB 637
TEOT 15.090
Cirurgia do JOELHO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA



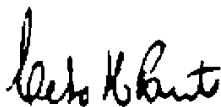
MED-CLAR
CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO
SERVIÇO DE RADIOLOGIA DIGITAL

Av. Olímpio Bezerra de Arruda, 618
Fone: (081) 3731-5893, CLARO (081) 9.9481-0
Santa Cruz do Capibaré

NOME DO PACIENTE: EDINALVA JOSEFA FRANCISCA C
DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1966 SEXO: FEMININO
Exame(s) Realizado(s): BACIA em 26/06/2018 10:55:58
Solicitante: DR. CLEANTO PIO DE SALES CHAVES

LAUDO RADIOLOGICO

BACIA:
Fratura do púbis esquerdo.
Não se identifica outra lesão ósteo-articular na bacia.



Dr. Celso Henrique Pantoja - CRM: 9186-RS
RUA DO
Médico Radiologista

*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO RADIOLOGISTA Dr. Celso Henrique Pantoja - CRM: 9186-RS.

LAUDO RADIOLOGICO GERADO EM 26/06/2018 11:47:27 (HORARIO DE BRASÍLIA).
*Guarde e leve este laudo em todos os exames futuros para avaliação do seu médico.





ED
IN











