
Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11322524

A/C: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170382080 ASL-0262327/17

Vitima: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 30/11/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11346872

A/C: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170382080 ASL-0262327/17
Vítima: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 30/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2017

Carta n°: 11416298

A/C: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170382080 ASL-0262327/17
Vitima: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 30/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170382080 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **AVENIDA GENERAL NEWTON CAVALCANTE nº 462 - VILA INABI - CAMARAGIBE/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 5461517 - SSP**

Data local do exame: **02/08/2017 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

CONTUSÃO EM TORNOZELO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TALA BOTA POR 7 DIAS. REALIZOU FISIOTERAPIA. SEM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS DE TORNOZELO DIREITO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

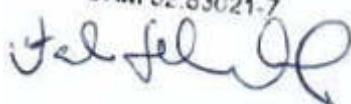
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 02/08/2017

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ

Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7


Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170382080

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 30/11/2015

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO EM TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM TALA BOTA POR 7 DIAS. REALIZOU FISIOTERAPIA. SEM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 02/08/2017

Conduta mantida:

Observações: TORNOZELO DIREITO SEM SEQUELAS.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCH



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU, ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA

POR PORTADOR(A) DO RG N° 5.463.517 EXPEDIDO POR SBS IPE EM 29/05/2013 E
 CPF 03049643403 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO DEZ. E MATERIAIS
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECEBIMENTO-S4 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANA CLAUDIA DE O. SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, OUTROS SALÁRIOS, FUNCIONAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa), ou LTDA, LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 Nº do BANCO 837 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1030-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0102439-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 06 de julho de 2017
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





34.  Boletim de Ocorrência
0001

0262381

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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 15E0096008316

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/11/2015 às 09:05**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 30/11/2015 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 01 - Bairro: CAXANGA RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REBECCA HELOISA SANTOS NOGUEIRA DO NASCIMENTO (NOTICIANTE)
MAURICIO MIRANDA DA SILVA (VITIMA)
ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): REBECCA HELOISA SANTOS NOGUEIRA DO NASCIMENTO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MAURICIO MIRANDA DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

REBECCA HELOISA SANTOS NOGUEIRA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: **VIVIAN MARIA SANTOS** Pai: **ADEMILSON ROBERTO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **14/10/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7876871/SDS/PE (RG), 04945143455 (CPF), 06109379081 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **RUA MARIO PEDERNEIRAS, 121 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MAURICIO MIRANDA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: **MARIA DO CARMO NEVES DA SILVA** Pai: **MARIO MIRANDA DA SILVA** Data de Nascimento: **26/6/1976** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **03461086401 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ALMOXARIFE** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **AVENIDA GENERAL NEWTON CAVALCANTE, 462, RESIDENCIAL EDIAL PÓRTAL DE ALDEIAS CAMARAGIBE -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL**

ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: **MARGARETE CIPRIANO DE OLIVEIRA** Pai: **SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **10/1/1979** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5461517/SSP/PE (RG), 03049641401 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ENFERMEIRO(A)** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: AVENIDA GENERAL NEWTON CAVALCANTE, 462, RESIDENCIAL IDEAL PORTAL DE ALDEIAS CAMARAGIBE-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO /BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **REBECCA HELOISA SANTOS NOGUEIRA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REBECCA HELOISA SANTOS NOGUEIRA DO NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/FIAT 500** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PFE1490** (PERNAMBUCO/RECIFE)

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MAURICIO MIRANDA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAURICIO MIRANDA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KLC7808** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE)

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA QUE NO DIA DE HOJE 30/11/2015 POR VOLTA DAS 06:50 HORAS QUANDO TRAFEGAVA NO SENTIDO CAMARAGIBE / DERBY NAS PROXIMIDADES DA EXPOSIÇÃO DE ANIMAS DO CARDEIRO, FOI TRANCADA POR UM VEICULO QUE TRAFEGAVA PELA FAIXA DO BRT, QUE EM DADO MOMENTO SAIU BRUSCAMENTE DA REFERIDA FAIXA, OBRIGADO A QUEIXOSA DESVIAR SEU VEICULO QUE NAQUELE MOMENTO TEVE SEU VEICULO CILIDIDO POR UMA MOTO DE PLACA: KLC 7808-CAMARAGIBE-PE PELOTADA PELO SR MAURICIO MIRANDA DA SILVA QUE CONDUZIA A SRA, ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA, TEMDO RESULTADO NA QUEBRA DO RETROVISOR DO VEICULO E DANOS NA MOTO BEM COMO LESÕES NO SR MAURICIO, E NA SRA, ANA CLAUDIA QUE INCLUSIVE INFORMOU A MESMA ESTA GESTANTE, AMBOS FORAM SOCORRIDO POR VIATURAS DO CORPO DE BOMBEIRO SEGUNDO DECLARAÇÕES DOS RESPONSAVEIS AQUI PRESENTE.,,

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

REBECCA HELOISA SANTOS NOGUEIRA DO NASCIMENTO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS TIBURTINO DA SILVA** - Matrícula: **152994-3**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

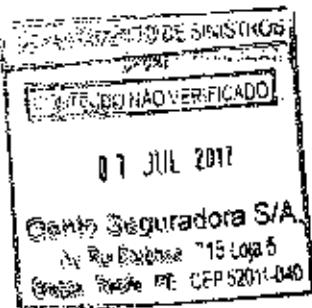


Eu, ANNA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA, portador da carteira de identidade nº 5.461.517-SMS/PG e inscrita no CPF/MF sob o nº 080.496.414-09, residente e domiciliado na AV. RAL FERWTON CAVALCANTE, Nº 462 - VILA JNAB, Cidade CAMARAGIBE, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Anna Claudia de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 06 de julho, 2011

Local e data



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL,
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**



C E R T I D Ã O

Certidão nº 2016APH002378 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA , 37 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 5461517 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 030.496.414-01, residente à RUA TURMALINA, nº 95, , VALE DAS PEDREIRAS, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/11/2015, por volta das 07:02 hs, no endereço: AV. CAXANGÁ, S/N, CORDEIRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMOVEL I/FIAT 500 CULT AZUL PFE1490-PE ; MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES PRETA KLC7808-PE

, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA , inscrito sob o CPF nº 030.496.414-01 e Registro Geral nº 5461517, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 798257-7 ROGERIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL SÃO MARCOS. Registrado(a) com o prontuário nº 381157. Ficou aos cuidados do médico NELSON, registro 15257. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPR.



Posição em 04/01/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://view.cbm.pernambuco.br/>, consultar protocolo nº 2016APH002378



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA,

RG nº 5.461.517, data de expedição 29/05/2013 Órgão SPI/PE,

CPF nº 030.496.484-01, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DÉPARTAMENTO DE SINISTROS DPSAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. GAL. NEWTON CAVALCANTE</u>
Número	<u>102 462</u>
Apto / Complemento	<u>-----x-----</u>
Bairro	<u>VILA INÁRI</u>
Cidade	<u>CAMARAGIBE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54753-220</u>
Telefone de Contato	<u>81 3326 8867, 81 98346 4306</u>
E-mail	<u>-----x-----</u>

**DÉPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A
Av Rio Branco, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE CEP 52011-040

**DÉPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A
Av Rio Branco, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE CEP 52011-040

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 06 de julho, 2017

Assinatura do Declarante:

Ana Cláudia de Oliveira

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Aplicação

151-489846154-9

31/Mai/2017

HORA DE 15:33:46

PT 16 125202

19 13.52.46

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 100,00

8:18600000011 002600110075
016795450107 089106392298

151-489846159-9

10 VJA

APRESENTE A MIRANTE DA SILVA - APRESENTAÇÕES DE CLIENTE
ENGENHEIRO DE PROJETO - ENGENHEIRO DE CONSTRUÇÃO
SISTEMA DE GESTÃO DE PROJETOS - SISTEMA DE GESTÃO DE CONSTR

10. *What is the best way to increase sales?*

... *Autumnal evening! Oh! how joyful! Oh! how sweet!*

Digitized by srujanika@gmail.com

2014 RELEASE UNDER E.O. 14176

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1319201988

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOSÉ DE BARROS, 111, EDIFÍCIO STYL
 RECIFE - PERNAMBUCO
 CEP 50050-302
 CNPJ 10.835.932/0001-08
 EMISSÃO ESTADUAL 0000243-93



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social da Enel

Comunicação da inadimplência

100187

Atendimento 24h, de forma gratuita, pelo telefone ou de falar: 0800 282 0142
 Ouvidoria 0800 282 5855
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167 - Ligação Grátis da telefones fixos e tarifada
 na origem para telefones celulares

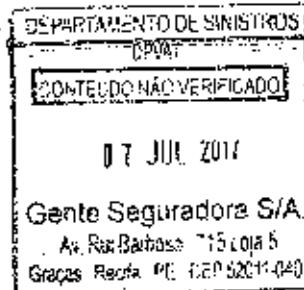
DADOS DO CLIENTE: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS	DATA DE VENCIMENTO 04/08/2016	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/07/2016	CONTA CONTRATO 2525983016
ENDEREÇO RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR/AP- 104 -COND EDFR SIGMA TRADE CENTER - ILHA DO LEITE/RECIFE -50070-490 RECIFE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 163,62	DATA DA APRESENTAÇÃO 28/07/2016	CLASSIFICAÇÃO COMERCIAL Monofásico B3
PERÍODO CONSUMO 21/06/2016 a 21/07/2016	CÔNSUMO 214		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do Imposto R\$ 35,65			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Desloque aqui

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
2525983016	07/2016	R\$ 163,62	04/08/2016	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este cônhamo será usado em leitora ótica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta-Corrente.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Giselle Valente de Medeiros, portador(a) do RG nº 25.742.73, expedido por SSP/PE, em 12/11/1085, CPF/CNPJ nº 633.240.034-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Ana Cláudia de Oliveira Silva do sinistro de DPVAT da natureza Imobiliz, da vítima Ana Cláudia de Oliveira Silva e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso - me Renda Mensal: R\$ Recurso - me

Documentos comprobatórios: Recurso - me

Giselle Valente de Medeiros
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DATA: 07/07/2017
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JUL 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Brilhante, 215, Loja 6
Baixa - Recife - PE - CEP 52010-120



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mauricio Afifanda da Silva,
RG nº 456.1194, data de expedição 07/02/1991,
Órgão SST, portador do CPF nº 034.610.864-01, com
domicílio na cidade de Camaragibe, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Newton euvaleante AP-202 Residencial portal nº 462,
complemento B1 vila Inhaú, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ana claudia de oliveira, cujo o condutor era
Mauricio Afifanda da Silva.

Veículo: moto eletro
Modelo: Honda NXR 150 Bros ES
Ano: 2009
Placa: KLC 7808
Chassi: 9C2K D03308R064551
Data do Acidente: 30-11-2015
Local e Data: Rentel 06/06/2017

Mauricio Afifanda da Silva
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 4º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Núcas - Rua São Miguel, 113 - Fone: 3428-1357
www.cartorio4distrito.com.br

Reconheço por AUTÊNTICABILDE a firma de
MAURICIO AFIFANDA DA SILVA
que confere a/ o Padrão Reg. nessa Carteira. Dou fé.
Recife, 6 de junho de 2017. 125355
Em testemunho da verdade, P
João Ferreira da Costa Júnior (Esc. Aut.)
Sal. R\$ 3,50 TNSR: R\$ 1,50 - Data: 06/06/2017
Seção: 0073563.DXW04201704.0224



Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/codetjpe



PARECER MÉDICO

01 - IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: 0047325 ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA DATA NASC.: 10/01/1979 IDADE: 36 anos
ENDEREÇO: RUA TURMALINA, 95 VALE DAS PEDREIRAS - CAMARAGIBE
CONVÊNIO: BRADESCO SAÚDE/ ADMISSÃO: 30/11/2015 - 07:43 TELEFONE: 8197592213 PRONTUÁRIO: 000381157
MÉDICO: GABRIEL PRAXEDES DE LIMA CRM: 17448 - PE

SOLICITADO POR: Carmela Freitas

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

PARA ESPECIALIDADE: oftalmologia

09:38h

Descrição do Parecer Médico com Conduta

intensidade de perda de visão, paciente com antecedentes de diabetes.

focinho de caneta

R. da paciência + Irmãos + Jardim das Flores

na lucros

SF: N/AH nasal; NV sem alterações ópticas
macroscópica significativa, sem recomendação de sulfato
de hidrato de zinco

- os: ① Vida saudável com jeito para controlar
② peso - exercícios físicos
③ Nutrição adequada e diversificada
④ evitar excesso de sal e gorduras
⑤ evitar raios solares
⑥ vida saudável

MÉDICO RESPONSÁVEL

- ② os cuidados de saúde são

*Gabriel Praxedes Camargo
Oftalmologista
CRM-PE 17448*

ENCARTE DE CONSULTA

Data: 10/01/2015 - Hora: 10:00
CBO: 0047325 - Prof: Dr. D. M.
PRODESCO SAÚDE/E
Endereço: Rua 30/1112516 - Bairro: Jardim
Matrícula: 77185164F64/000



Linha: URGÊNCIA

0047325

Data: _____ / _____ / _____

Horário do atendimento: _____ : _____

01 – ANAMNESE

Queixa principal: Gripe mal

Não Sim Quais:



Gripe mal cor no nariz

dia 18 sono

Sinais vitais:

PA: _____ x _____ mmHg PG: _____ bpm FG: _____ ipm Tax.: _____ °C Sat O₂: _____ % HGT: _____ mg/dl

Exame físico:

Peguei gripe mal cor no nariz dia 18 sono
dia 20 mal dia 21 dia 22 dia 23 dia 24

Impressão Diagnóstica: Lúpus? Poxa

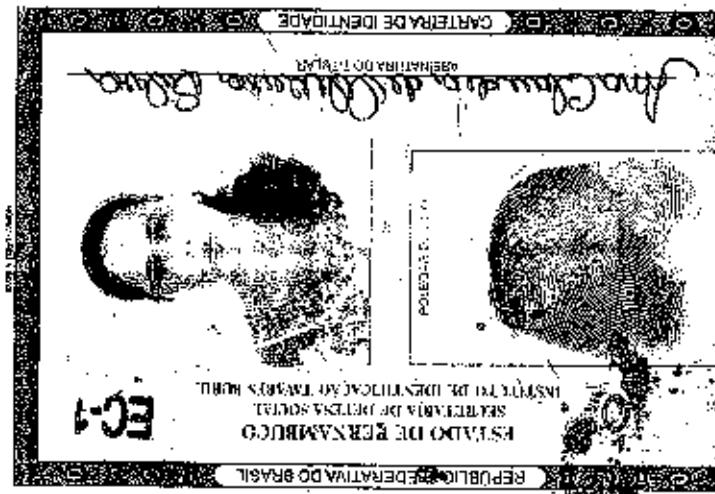
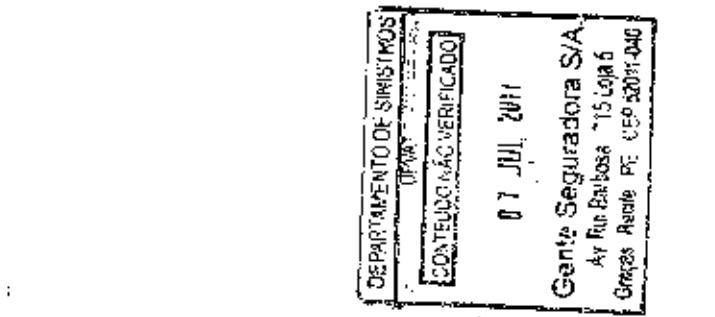
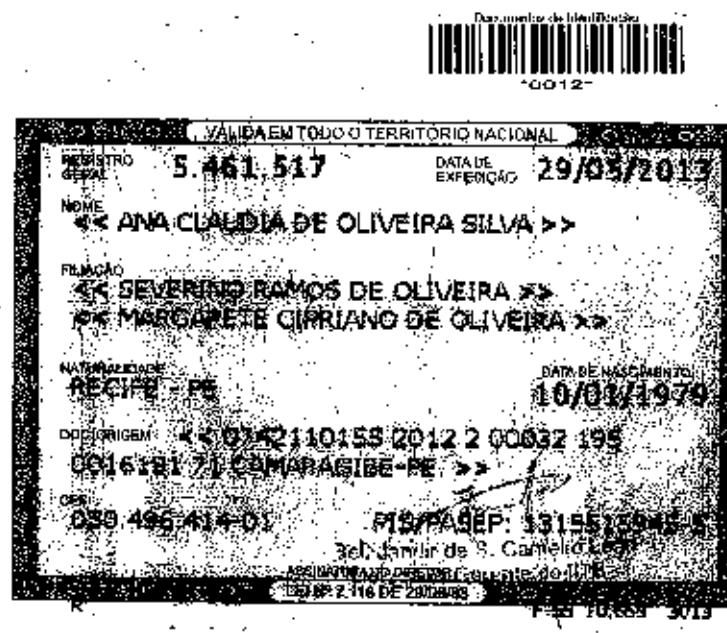
02 – EXAMES COMPLEMENTARES – DESCREVER OS RESULTADOS

Métodos de imagem () RAIO X () USG () TOMOGRAFIA () RESSONÂNCIA

DESCREVER RESULTADOS: _____

ECG: _____

Laboratoriais: _____



Documentação da identificação



7012

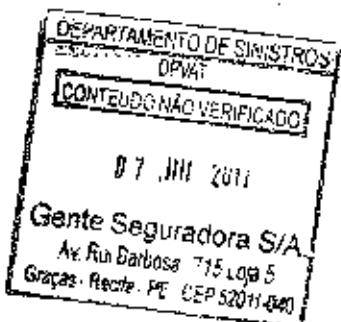
44-3953700

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
BRASIL
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
07 JUL 2017
Gente Seguradora S/A Av Rio Bravense 7300 Graciosa Ribeirão Preto - CEP 14040-000

OUT



•גנדי



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170382080 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/11/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Ana Cláudia de Oliveira Silva
Brasileiro (a), estado civil: Casada, profissão: Técnica Administrativa
RG nº 5461517, CPF/MF 030.496.414-01, com
endereço residencial na: Av. General Nicanor Cavalcante
nº 462 - AP 202-BL 51 - Centro 18 - Bloco, da Ilha
Conceição - PE
Cep: 54753-220

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2.574.273 / SSP / PE,
CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, nº 105,
Sala 104, Edf. Sigma, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório

DPVAT.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JUL 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco 715 (esq)
Graças - Recife - PE (CEP 52011-060)

Conceição, 08 de Maio de 2017.

Ana Cláudia de Oliveira Silva

outorgante



CARTÓRIO EVA TEMORIO - CAIARA/PE
Av. Belmira Góes, 45 - CEP 57300-000 - Fone/Fax: (81) 3421-1144
CNPJ: 25.360.000/0001-00
Reconhecimento(s) formal(is) por Autenticidade de
ARA CLÁUDIA DE OLIVEIRA SILVA

Caiara/PE 08/06/2017 - 15:55:02 Emol. R\$ 3,00 - CNAB 0,78 Total R\$ 3,78

Consulte a autenticidade em luis.brsteladigital.com

Selo: 0070489 DAX0620170103143

ADRIELY GREICY DA CUNHA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA 042