

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**  
**Vítima: 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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

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

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

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(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 seqüela 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**

Fabio 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:**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCH \_\_\_\_\_



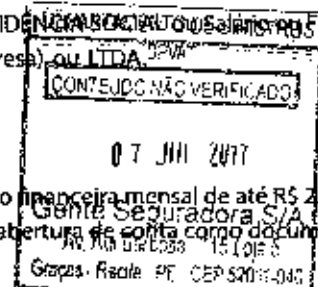
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 5.463.517 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 29/05/2013 E  
CPF 030496434-03 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO REC. EMERGENCIA  
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANA CLAUDIA DE O SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suscep 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 ou Salário Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou 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 como 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](http://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.



**IMPORTANTE:** 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2230-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0102739-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADÉSCO, 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. Ana Claudia de Oliveira  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Débito



5090 9116 1421 1207

03/21 - 1230:00 0102739 51 02 00

ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA

elo



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 Nº. **15E0096008316**

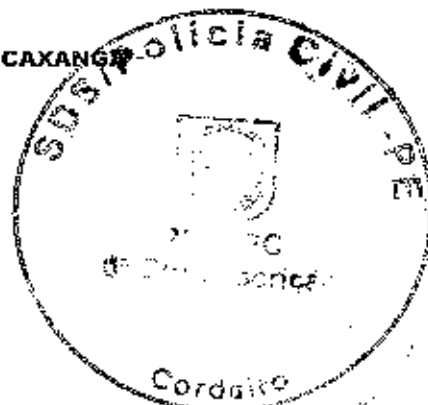
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/11/2015** às **09:05**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (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: **AUTOMOVEI/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**

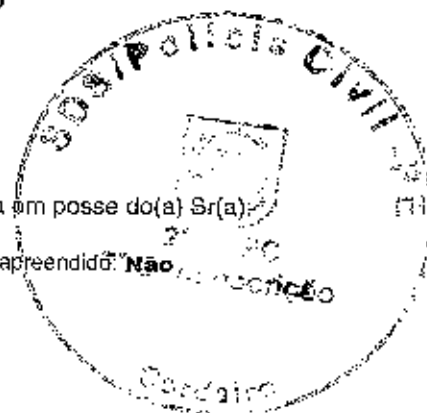
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

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, AMBUS FORAM SOCORRIDO POR VIATURAS DO CORPO DE BOMBEIRO SERGUNDO DECLARAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS 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

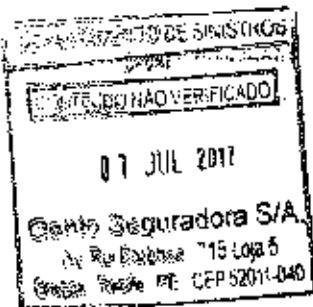


Eu, ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA, portador da carteira de identidade nº 5.461.517 SPS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 030.496.414-09, residente e domiciliado na AV. BAL NEWTON CAVALCANTE, Nº 462 - VILA INABÍ, Cidade CAMARAGIBE, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado 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:

- ☒ (X) 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.



Ana Claudia de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Recife, 06 de julho, 2017

Local e data



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

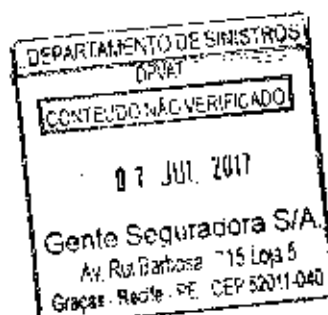


**CERTIDÃO**

**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 / GBAPH.



Posição em 04/01/2017

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

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

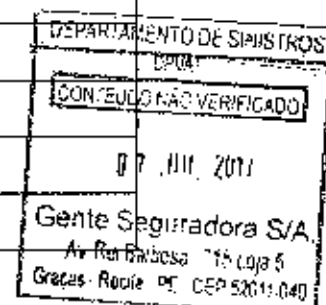
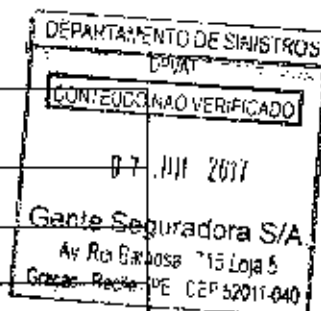


Eu, ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA,

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

CPF nº 030.496.484-08, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. GAL NEWTON CAVALCANTE</u>
Número	<u>102 462</u>
Apto / Complemento	<u>-----x-----</u>
Bairro	<u>VILA INABÍ</u>
Cidade	<u>CAMARAGIBE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54753-220</u>
Telefone de Contato	<u>81 3326 1167, 81 98316 1306</u>
E-mail	<u>-----x-----</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 06 de julho, 2017

Assinatura do Declarante: Ana Claudia de Oliveira

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

151-489846159-9

31/Mai/2017

HORA DE 15:32:46

LOT. 15.13529-7

LOCALIDADE: CAMARAGIBE

AG. VINCULADA: 3017

TERM 018628

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 100,26

838600000011 002600110075  
016795490107 009106392336

151-489846159-9

19 VIA

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO
31/05/2017	100,26	PAGAMENTO DE ENERGIA	100,26	PAGAMENTO DE ENERGIA

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO
31/05/2017	100,26	PAGAMENTO DE ENERGIA	100,26	PAGAMENTO DE ENERGIA

TOTAL DA FATURA

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO
31/05/2017	100,26	PAGAMENTO DE ENERGIA	100,26	PAGAMENTO DE ENERGIA

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO
31/05/2017	100,26	PAGAMENTO DE ENERGIA	100,26	PAGAMENTO DE ENERGIA

CELPE  
COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO  
RUA DA BARRAGEM, 111 - JARDIM CAMARAGIBE - RECIFE - PE 51060-910  
CEP: 51060-910

04/08/2016

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1319201988

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 13.835.932/0001-08  
REGISTRAÇÃO ESTADUAL 0605943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Enem

Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 281 0142  
Ouvidoria: 0800 282 5859  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
267 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares



Consumo de energia

2016

**DADOS DO CLIENTE**  
**GISELLE VALENÇA 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 EDIF SIGMA-TRADE  
CENTER -ILHA DO LEITE/RECIFE  
-50070-490 RECIFE-PE-

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 163,62**

**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
28/07/2016  
**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
002683800

**CLASSIFICAÇÃO**  
COMERCIAL  
Monofásico  
B3

**PERÍODO CONSUMO**  
21/06/2016 a 21/07/2016

**CONSUMO**  
214

ICMS -BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 35,65

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

**CONTA CONTRATO**  
2525983016

**MES/ANO**  
07/2016

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 163,62

**VENCIMENTO**  
04/08/2016

**TALÃO DE PAGAMENTO**  
Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este cãnhoto 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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.

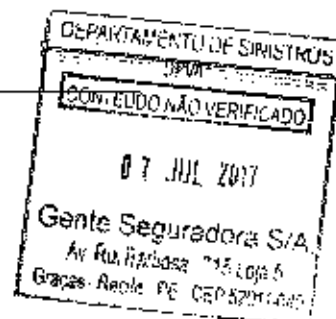
Pelo exposto, eu Girille Valença de Medeiros, portador(a) do RG nº 2574273, expedido por SSP/PE, em 12/11/1985, CPF/CNPJ nº 633.249.034-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Ana Cláudia de R. Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidz 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

Girille Valença de Medeiros  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maurício Miranda da Silva

RG nº 4561194, data de expedição 07/02/1991

Órgão SSP, portador do CPF nº 034.610.864-01, com domicílio na cidade de Camaraçibe, no Estado de

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

Av. gal Newton equivalente AP-202 em total pedal nº 462,

complemento BL vila IMAV, 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

Maurício Miranda da Silva.

Veículo: motorista

Modelo: Honda NXR 150 Bros 65

Ano: 2008

Placa: KLC 7808

Chassi: 9C2K0D03308R064551

Data do Acidente: 30-11-2015

Local e Data: Recife 06/06/2017

DELEGADOS

Maurício M da Silva

Assinatura do Declarante



Maurício M da Silva

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

CARTÓRIO DE ABOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE  
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Fúlias - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357  
www.cartorio8oabogados.com.br  
Reconheço por AUTENTICAÇÃO a firma de  
MAURICIO MIRANDA DA SILVA  
que confere o padrão rec. desta Cartoria. Dou fé.  
Recife, 6 de junho de 2017. 12:43:50  
Em testemunho da verdade.  
João Ferreira Nogueira Junior (Esc. Aut.)  
Escr.: R. 3, 30 INGR: R\$ 1,30 - Total: R\$ 4,66  
Seja: 0027563.DW04201704.0224  
Consulte autenticidade em: www.tpm.pe.br/cedatg/ai

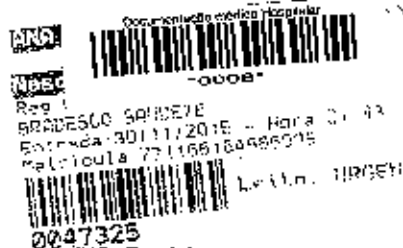




## PARECER MÉDICO

### 01 - IDENTIFICAÇÃO

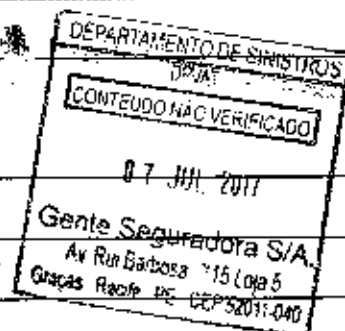
PACIENTE: 0047325 ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA DATA NASC.: 10/01/1979 IDADE: 36 anos SEXO: Feminino  
ENDEREÇO: RUA TURMALINA, 95 VALE DAS PEDREIRAS - CAMARAGIBE  
CONVÊNIO: BRADESCO SAÚDE/ ADMISSÃO: 30/11/2015 - 07:43 TELEFONE: 8197592213 PRONTUÁRIO: 000381157  
MÉDICO: GABRIEL PRAXEDES DE LIMA CRM: 17448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



SOLICITADO POR: *amiga pcd*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

PARA ESPECIALIDADE: *ortopedic*



OS 281

### DESCRIÇÃO DO PARECER MÉDICO COM CONDUTA

*análise do punho direito, presença das entalhas de dor,  
pouco praxia*

*R. do punho + tornozelo + joelho se flexionam  
em flexão*

*EF: ADM normal; NV sem alterações de  
movimento significativas, sem restrição de  
subluxações articulares*

os: ① *Tela lateral em MLD com guia para avaliar*

② *esparg + entalhas para*

③ *flexão e extensão de punho*

④ *manter compatibilidade articular*

⑤ *teste de punho*

⑥ *efeito da ortopedic*

MÉDICO RESPONSÁVEL

⑦ *aos cuidados do amigo pcd*

*Anna de Castro Camargo  
Ortopedista Traumatologista  
CRM: 17448 - PE*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário do atendimento: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**ENCARGADO DE CLÍNICA**

**DR. GILBERTO OLIVEIRA**

Reg. COA 7325 - Prov. 10000000  
BRDESCO SAÚDE  
Inscrição: 30/11/2015 - Hora 17:44  
Matrícula: 27100016476/000



Leito: URGEM

**01 - ANAMNESE**

Queixa principal: aviso mal

A) ☐ Não ☐ Sim Quais: \_\_\_\_\_

**LUIS MOHAN REGIER**  
Reg. 25/10/1988 - 22/2000  
Reg. 0047325 - Prov. 10000000  
COA 7325 - BRDESCO SAÚDE  
Inscrição: 30/11/2015 - Hora 17:44  
Matrícula: 27100016476/000  
Leito: URGEM

aviso mal do no tempo  
18 dias

Sinais vitais:

PA: \_\_\_\_ x \_\_\_\_ mmHg PG: \_\_\_\_ bpm FG: \_\_\_\_ ipm Tax.: \_\_\_\_ °C Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_ % HGT \_\_\_\_ mg/dl

Exame físico:

Psiquismo: Bom, alerta, orientado, cooperante  
ao exame físico  
com leve cansaço e zzzz no dia

Impressão Diagnóstica: Quanto tempo? Pouco

**02 - EXAMES COMPLEMENTARES - DESCREVER OS RESULTADOS**

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

DESCREVER RESULTADOS: \_\_\_\_\_

ECG: \_\_\_\_\_

Laboratoriais: \_\_\_\_\_



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 5.461.517 DATA DE  
EXPIRAÇÃO 29/03/2013

NOME  
ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA >>

RELACÃO  
SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA >>  
MARGARETE CIRRIANO DE OLIVEIRA >>

NACIONALIDADE  
RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO  
10/01/1979

DE ORIGEM  
0016181 71 CAMPAGIBA-PE >>  
000 496 414 01 PIS/PASEP: 13155150454

ASSINATURA DO DETENTOR

DESP. 2.116 DE 2008/03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

07 JUL 2011

Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Barbosa 715 Loja 5  
Grupos Reale PE CEP 52071-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES ROCHA

EC-1

Carteira de Identidade

Assinatura do Titular







# 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

**Valoração 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:

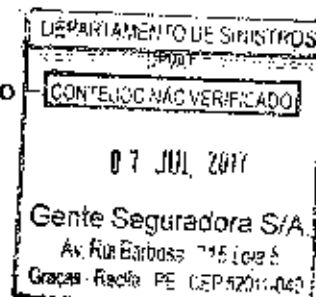
Nome: Ana Claudia de Oliveira Silva  
Brasileira (a), estado civil: casada, profissão: Técnica Enfermagem  
RG nº 5461517, CPF/MF 030.496.414-01, com  
endereço residencial na Av. General Newton Cavalcante  
nº 462 - AP 302 - Bl 51 - Torre 18 - Vila da Imbi  
Camaragibe - PE  
Cep = 54753-220

## 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:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório  
DPVAT.



Camaragibe, 08 de junho de 2017.

Ana Claudia de Oliveira Silva

outorgante

CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBA/PE  
R. Rui Barbosa, 715 - CEP 52011-060 - Fone: (51) 3411-1111  
E-mail: cartorioeva@evatenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de  
ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA SILVA.

Camaragiba, 08/06/2017, às 15:55:02 Emol. R\$ 3,88

Consulte a autenticidade em [lts.br/selo/digital](http://lts.br/selo/digital)

Selo: 0076489 DAX06201701 03143

ADRIELY GREICY DA CUNHA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 042

