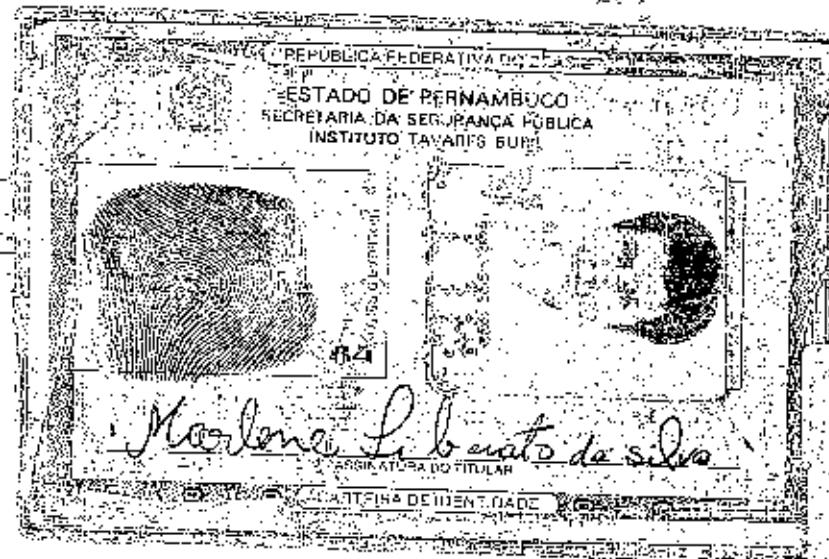
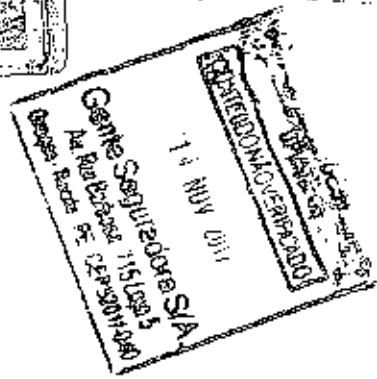
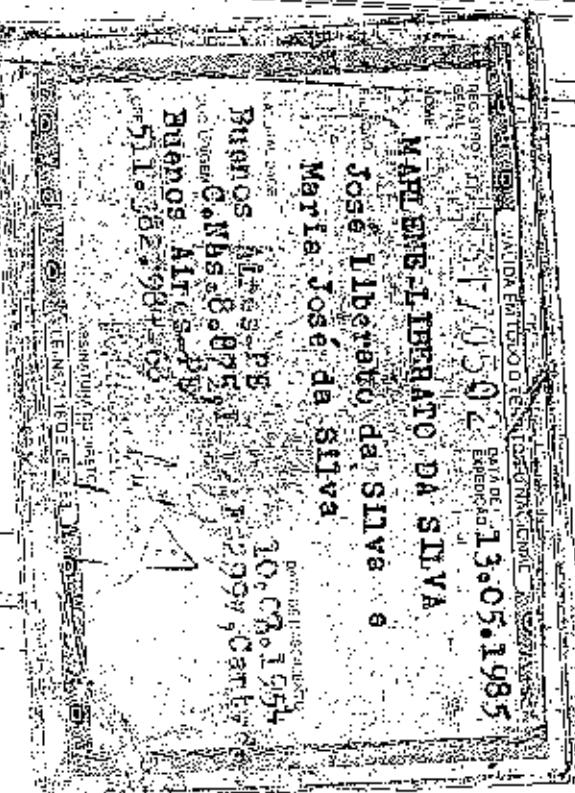


591.382-984-68



BRASIL  
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

(<http://www.vlibras.gov.br/>)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 511.382.984-68

Nome: MARLENE LIBERATO DA SILVA

Data de Nascimento: 10/07/1954

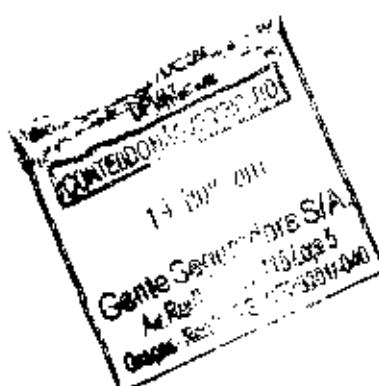
Situação Cadastral: REGULAR

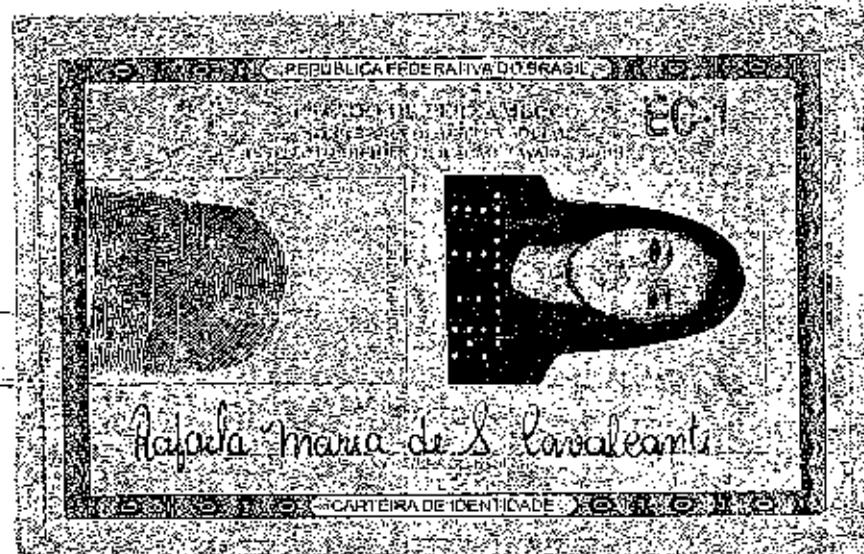
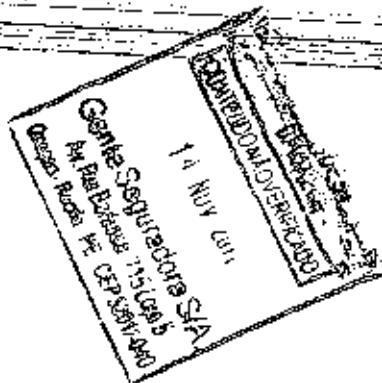
Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

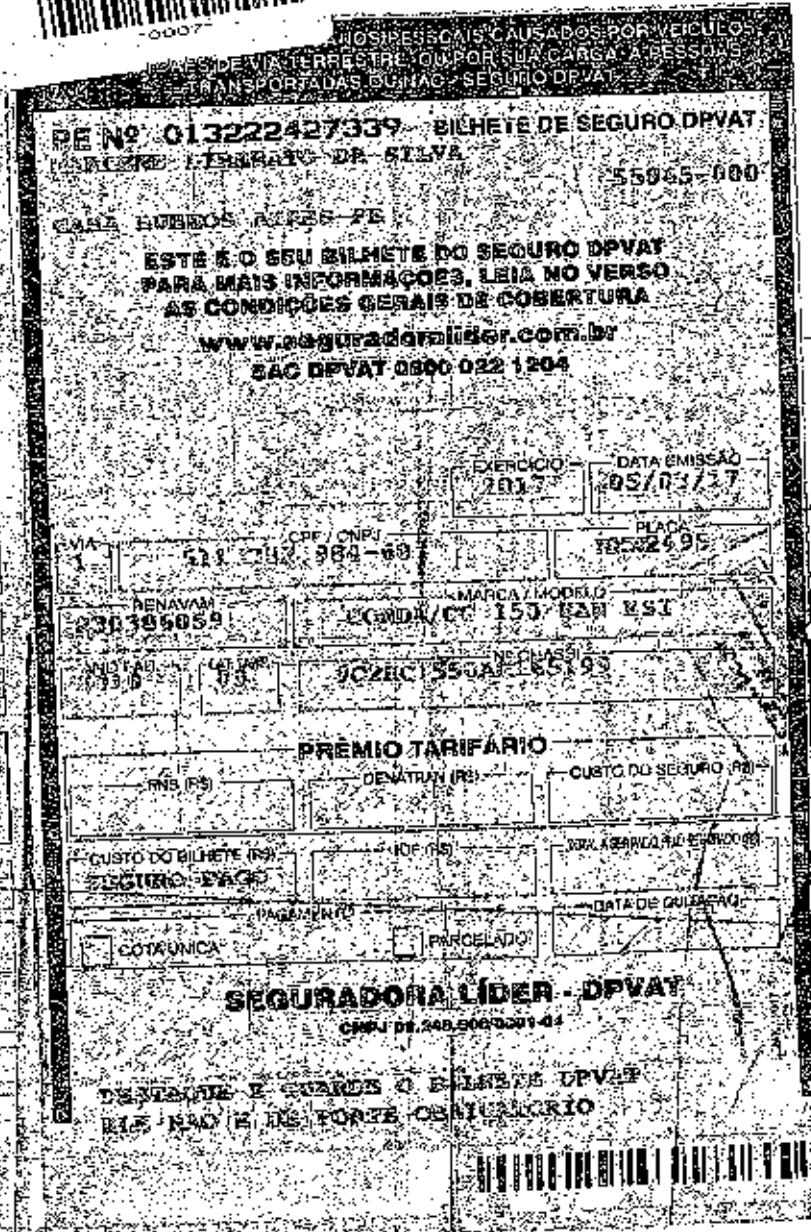
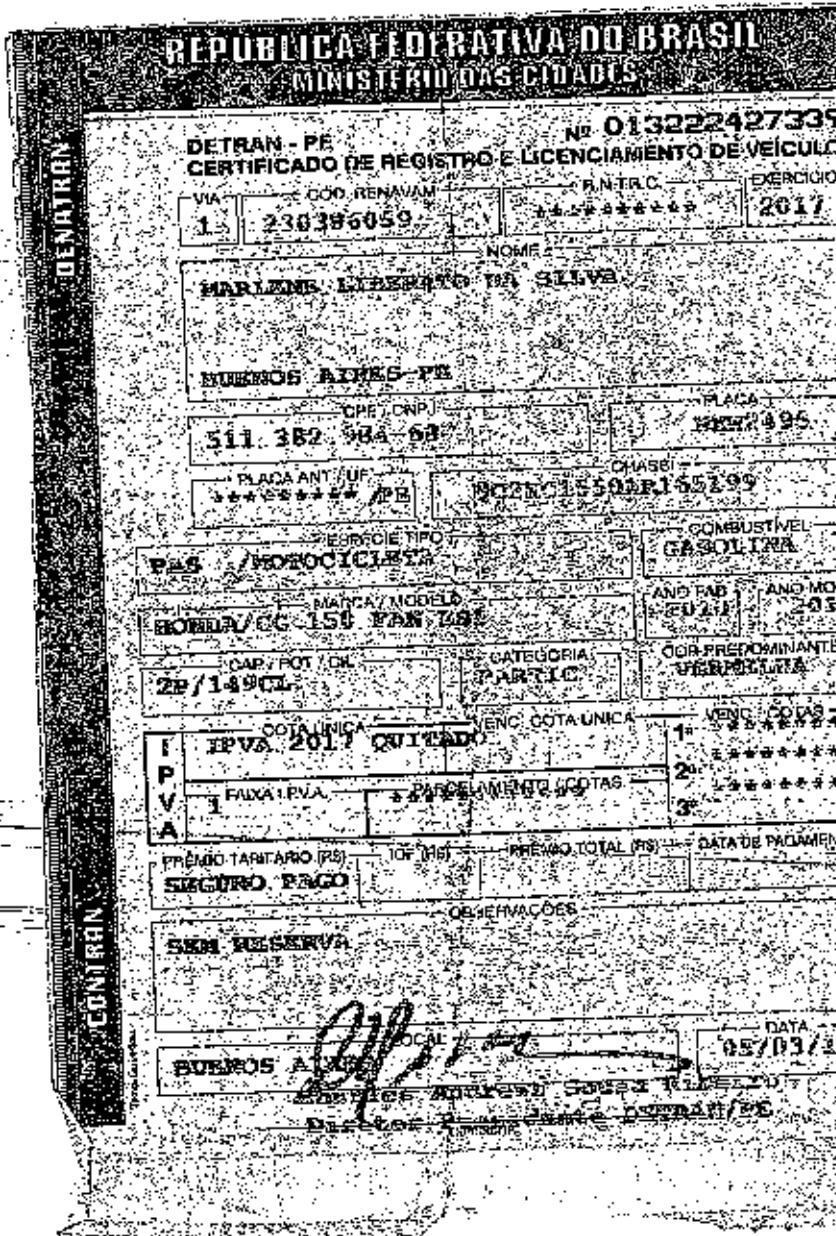
Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:42:38 do dia 09/11/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: BC9B.3ABD.45E1.BE12







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170613135      **Cidade:** Buenos Aires      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARLENE LIBERATO DA SILVA      **Data do acidente:** 04/09/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/11/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NA MAO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170613135      **Cidade:** Buenos Aires      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARLENE LIBERATO DA SILVA      **Data do acidente:** 04/09/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA GESSADA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA, FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 5º QUIRODÁCTILO EM 15º

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, ENCONTRO RELATO DE FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Médico examinador:** TIAGO MARTINS FORMIGA

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO



**OUTORGANTE:** Marlene Liberato da Silva, Portador do documento de identidade nº 314.050.72, expedido por SSA/PE inscrito no CPF sob o nº 511.382.984-68, residente na Rua José Bonifácio nº 1093, Bairro Aricó/PE

**OUTORGADO:** RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

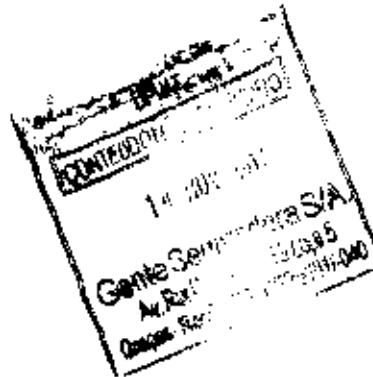
**PODERES:** Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires/19 de Outubro de 2017.

Outorgante: Marlene Liberato da Silva

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL NOTAS DE BUENOS AIRES - PE  
Rua São Francisco, nº 1 - Centro - CEP: 50.040-000 - Fone: (81) 3647-1494

Reconheço por AUTENTICO/A a firma indicada de:  
MARLENE LIBERATO DA SILVA  
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Doc. nº  
Buenos Aires, 19/10/2017. Em teste da verdade  
Ur R\$ 4,88 Alberto Carlos Vasconcelos - Titular  
Nº Selo 0078794.UHF07201705.01219 #4



---

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARLENE LIBERATO DA SILVA**  
  
Nº Sinistro: **3170613135**  
Vitima: **MARLENE LIBERATO DA SILVA**  
Data do Acidente: **04/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170613135**.

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**

---

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARLENE LIBERATO DA SILVA**

**Sinistro:** **3170613135**

**Vítima:** **MARLENE LIBERATO DA SILVA**

**Data do Acidente:** **04/09/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

**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 3170613135** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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**



# 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: **3170613135 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **MARLENE LIBERATO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO TAPARICA nº 56 - ZONA RURAL BUENOS AI - BUENOS AIRES/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3170502 - SSP**

Data local do exame: **04/12/2017 GOIANA/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)

#### **FRATURA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA**

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.

**FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO LUVA GESSADA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA, FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 5º QUIRODÁCTILO EM 15°**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

#### **DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA**

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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)

#### **5º DEDO DA MÃO ESQUERDA**

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.

**APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, ENCONTRO RELATO DE FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - GOIANA, 04/12/2017**

**Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE**

*Tiago Martins Formiga*

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830





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

### 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

Nome completo da vítima

511.382.984-68

Marlene Lúcia Rato da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marlene Lúcia Rato da Silva	CPF titular da conta 511.382.984-68	Profissão
Endereço Rua José Camiliano	Número 1093	Complemento
Bairro Centro	Cidade Buenos Aires	Estado PE
Email	CEP 55845-000	Telefone (DDD) (81) 9-9543-3444

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

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

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

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  
0054 D/V  
(Informar dígito se existir)

CONTA NRO.  
00030201 D/V  
(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	D/V	CONTA NRO.	D/V
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(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.

Local e Data

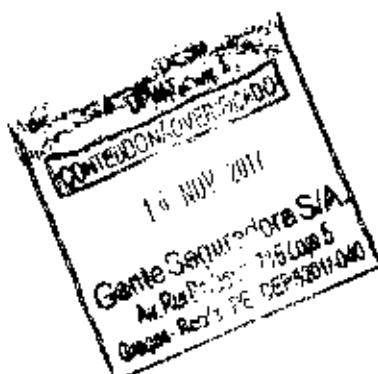
Buenos Aires, 10 de Novembro de 2017  
Marlene Lúcia Rato da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

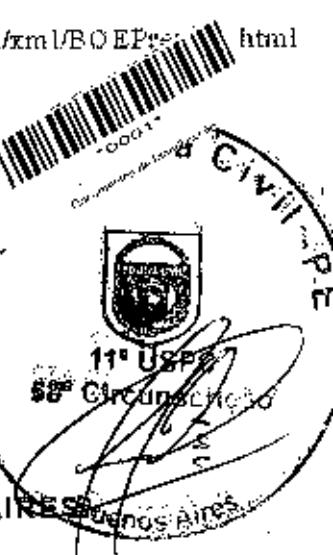
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

20/10/2017 HORA: 15:45:40  
DATA EFETIVACAO: 20/10  
CONVENIO: 000636150  
OPERADOR: Flavia  
  
AGENCIA: 0064  
CONTA: 013.0003C291-7  
NOME: MARLENE LIBERATO DA SILVA



2703696



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 058ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO  
DP58ª CIRC DINTER1/11ª DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0148000338**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/10/2017** às **09:46**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **4/9/2017** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE )  
JOSÉ ROBERTO PEREIRA (TESTEMUNHA )  
JÚLIO FRANCISCO PEREIRA (TESTEMUNHA )  
MARLENE LIBERATO DA SILVA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que se encontra em posse do(a) Sr(a):  
JÚLIO FRANCISCO PEREIRA

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

**DESCONHECIDOS** (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JÚLIO FRANCISCO PEREIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **RITA HENRIQUE PEREIRA** Pai: **RAIMUNDO FRANCISCO PEREIRA** Data de Nascimento: **22/3/1988** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6143612/88P/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO**  
Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 884730849**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, A TESTEMUNHA RESIDE NO SÍTIO ITAPARIÇA, S/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ ROBERTO PEREIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: RITA  
**HENRIQUE PEREIRA** Pai: **RAIMUNDO FRANCISCO PEREIRA** Data de Nascimento: 10/5/1977  
Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 8488384/SSP/PE (RQ)  
Estado Civil: **AMASIADO(A)**, Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Telefones Celulares:  
- 991283580

Esgarejo Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, A TESTEMUNHA RESIDE NO  
SITIO ITAPARICA, EM ZONA RURAL BE BUENOS AIRES-PE - CEP: 66060-000 - Bairro:  
CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

**MARLENE LIBERATO DA SILVA** (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA JOSÉ DA SILVA** Pai: **JOSÉ LIBERATO DA SILVA** Data de Nascimento: 10/7/1954 Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 4176582/088/PE (RQ) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: 1<sup>º</sup>. GRAU INCOMPLETO Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares:

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, A VÍTIMA NO SITIO ITAPARICA,  
9/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS  
AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARLENE LIBERATO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JÚLIO FRANCISCO PEREIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 180 Objeto apreendido: Não  
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **HXW2496** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **230386659** - Chassi:  
**8E2KE1550AR168198**

#### Complemento / Observação

**COMPARECEU HOJE NESTA DELEGACIA DE POLICIA, A SRA. MARLENE LIBERATO DA SILVA, INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO . SEGUNDO A MESMA NO DIA 04/09/2017 POR VOLTA DAS 08:00H VINHA BAGARUPA DE SUA MOTOCICLETA QUE ERA PILOTA DA POR SEU MARIDO NA ESTRADA DO SITIO ITAPARICA E AO FAZER UMA CURVA NA ESTRADA DE TERRA PLEURAGEM DIZ A MESMA QUE SEU MARIDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E AMBOS ACABARAM CAINDO, EM SEGUIDA DIZ A VITIMA QUE FOI SOCORRIDA PARA A UNIDADE HOSPITALAR LOCAL COM FORTES DORES EM SEU DEDO MIDINHO DA MAO ESQUERDA, E COM ESCORIAÇÕES NO JOELHO E FACE, DIZ A VITIMA QUE APÓS SER ATENDIDA PELO MÉDICO DE PLANTÃO O DR. EMILIANO FOI EM SEGUIDA REMOVIDA DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO PARA UPA DE SÃO LOURENÇO, AO CHEGAR NA REFERIDA UPA A VITIMA FOI SUBMETIDA A UM RAIO-X QUE COMPROVOU UMA FRATURA EM SEU DEDO MIDINHO DA MÃO ESQUERDA E ASSIM FORAM ADOTADAS OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS, DIANTE DOS FATOS A MESMA SOLICITA O REGISTRO DA OCORRÊNCIA PARA FINS DE DPVAT, SEM MAIS NADA DÍGNO DE REGISTRO ENCERRO ESTE BOE**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade policial

\*Marlene Liberato da Silva

**MARLENE LIBERATO DA SILVA  
(VITIMA)**

S.O. registrado põe: EVERALDO LUIZ DA SILVA JÚNIOR - Matrícula: 272839-Everaldo L. da S. Júnior  
Comissário de Polícia  
Mai. 272839-7

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**



Eu, Marlene Silveira da Silva, portador da carteira de identidade nº 317.050-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 511.382.984-68, residente e domiciliado na Rua José Emílio Soárez, 1097, Cidade Bueno Aires, Estado Paraná, 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

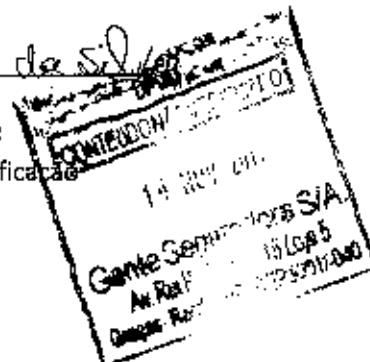
( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Marlone liberato da sil

**Assinatura do declarante**  
conforme documento de identificação



Buenos Aires, 10 de Noviembre de 2013

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Endereço: SITIO ITAPARICA  
Cidade: BUENOS AIRES/PE  
Documento: C13170502  
Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA  
Profissão: APOSENTADA

Idade: 68 ANOS, F. M.  
Data Nasc.: 10/07/1950 Sexo: F

CEP: 55845000  
Nac: BRASIL  
Tel.: (81) 8921-5517

## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
04/09/2017 08:29	0004066	CONSULTA

RE-CONSULTA		Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )		
Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
10:29. 14/09/2017				

## Queixas / Diagnóstico

<p>Presente vítima se descontrole de moto, apresenta dor + edema + deformidade no membro.</p> <p>foram feitas as seguintes exercícios de P/</p> <p>VPR e STI todos.</p>	<p>Tratamento:</p> <p>Volta ao trabalho - 1 mês</p> <p>Fim.</p>
---	---

Exames complementares	Impressão diagnóstica	CID
	desconhecido	
Ativo da saída:	ADM MEDICAMENTO:	
Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP
Justificativa:	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Incaminhado:	MÉDICO / CRM	
Removido:	HORÁRIO:	
Obito:		
is ____ h ____ m. do dia ____		
Data saída:		
hora saída:		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
TÉCNICO / CONSELHO		
HORÁRIO		

# 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: 07/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLENE LIBERATO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000030291-7

---

Nr. da Autenticação 323101EDAC0B8283



CNPJ 09.769.035/0001-84  
INSC EST. N° 18.1.001.0014398-2

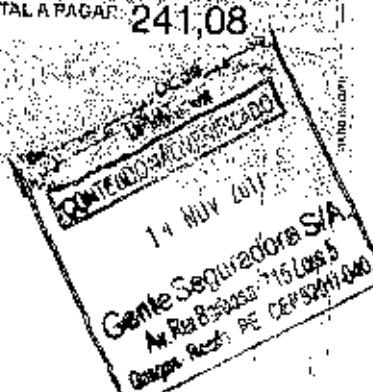
ATENDIMENTO: AVENIDA JOAO RAMOS NARANHAO - NUM. - S/N - CENTRO - VIGLINDA/PI - 55850-000

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

VENCIMENTO: 08/09/2017 TOTAL A PAGAR: 241,08

NETSCEW





# 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 DPVA, vnuu 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa 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 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 Rafaela Maria de J. Lavalcan, inscrito (a) no CPF 086.005.644 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marlene Silveira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 511.382.984 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade Permanente Vítima Marlene Silveira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 5.1382.984 / 68, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua José Bonifácio</u>	Número <u>1A</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>55845-000</u>
Cidade <u>Buenos Aires</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.9543-3413</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9216-7319</u>
Email		

Buenos Aires, 10 de novembro de 2017  
 Local e Data

Rafaela Maria de J. Lavalcan  
 Assinatura do Declarante