

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leana Dora Miranda de Farias,RG nº 6398193, data de expedição 01/02/2001, órgão SPS/PE

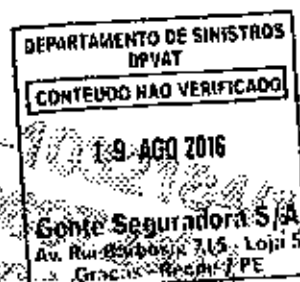
CPF nº 014.908.984-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                  |                                            |
|----------------------------------|--------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Prça) | <u>Rua Paulo José dos Santos</u>           |
| Número                           | <u>67</u>                                  |
| Apto / Complemento               |                                            |
| Bairro                           | <u>Jardim Guarani</u>                      |
| Cidade                           | <u>Timbautá</u>                            |
| Estado                           | <u>Pernambuco</u>                          |
| CEP                              | <u>55870-000</u>                           |
| Telefone de Contato              | <u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u> |
| E-mail                           |                                            |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbautá, 15 de Agosto de 2016

Assinatura do Declarante: Leana Dora Miranda de Farias







## FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Hospital do  
Tricentenário

Nome: JOANA DARK MIRANDA DE FARIAS  
Dt/Nasc.: 11/10/84 31 ano (s)  
Mãe: 09/09/2018  
Endereço: RUA PATATIVA, nº, CENTRO, TIMBAUBA - PE  
Data/hora: 10/04/2016 18:52

Nº registro: 109931  
Sexo: Feminino  
Fone:  
Nº pag.: 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:  
PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DO PE ESQUERDO

## EXAME FÍSICO:

Peso: 100 x 80 mmHg  
PA: 100 x 80 mmHg HGT: mg/dL

IMC: ( )

Temperatura: °

## CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:

RAIO X

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S927 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉI

## DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para:

Motivo:

Senha:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

9 AGO 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Gracas - Recife / PE II

DR. PERICLES CARNEIRO VILHENA FILHO  
CRM: 21552

USEBENS  
SINISTRO  
09 SET 2016



# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

10/04/2016 21:47

Nome Paciente: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS  
Cod. Paciente: 995972  
Data de Nascimento: 17/10/1984  
Sexo: Feminino  
Idade: 31  
Senha: EA0080  
Convênio: SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 505065

10/04/2016 21:47 - MARIA ALICE CORREIA SALVINO CORÊN 52061 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Causa Principal:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, SEGUNDO MÉDICO DA UPA COM FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESQ.

Observação:

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: REGUA DE DOR: 7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

10/09/2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 1155 Loja 5  
Gratias Saúde / PE

USEBENS  
SINISTRO

09 SET. 2016

Acolhido(a) por: MARIA ALICE CORREIA SALVINO  
Data: 10/04/2016 21:47

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016 13:42:56

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016 13:42:56

SES/FUSAM  
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

**ATESTADO MÉDICO**

TESTO que o Segurado João Paulo Miranda  
de Freitas

portador da Carteira Profissional n.º \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

necessita de 60 dias de afastamento  
do trabalho a partir desta data, por motivo de doença

c) Diagnóstico Fratura do pé direito

d) Tratamento fratura com

Deverá retomar ao Ambulatório de:  
Com 30 dias (marcação preferencial na fila no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO 342 LOCALIDADE/DATA \_\_\_\_\_

Ass. do Médico - CRM N.º 1032184

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 AGO 2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016 13:42:56

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 3º DO  
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO  
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHADOR

**USEBENS  
SINISTRO**

09 SET-2016

# FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Hospital do  
Ticônrenano

ASL-1032184/16  
796973236

Nº registro: 109931

Sexo: Feminino

Fone:

Nº pag: 1

Nome: JOANA DARK MIRANDA DE FARIAS

Dt. Nasc: 11/10/84 31 ano (s)

Mãe: 2016 13:42:20  
Endereço: RUA PATATIVA, nº, CENTRO, TIMBAÚBA - PE

Data/hora: 10/04/2016 18:34

## FICHA DE ATENDIMENTO

### ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

- APRESENTA CORTE CONTUSO PE ESQ APOS ACIDENTE DE MOTO HA 20 MIN  
(SIC)

### EXAME FÍSICO:

Peso: 100 x 80 mmHg

Altura:

IMC:

HGT: mg/dL

Temperatura: °C

### HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

### Resultados de Exames:

### Conduta / Evolução do paciente:

DR. PERICLES CARNEIRO VILHENA FILHO

CRM: 21552

USEBENS  
SINISTRO



"0006"

Imprimagem

**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAO COUTINHO

Hospital do  
Tricentenário

Nome: **JOANA DARK MIRANDA DE FARIAS**  
Dt. Nasc.: 11/10/84 - 31 ano (s)  
Mãe:  
Endereço: RUA PATATIVA, nº, CENTRO, TIMBAUBA - PE  
Data/hora: 10/04/2016 18:52

Nº registro: 109931  
Sexo: Feminino  
Rone:  
Nº pag.: 1/1

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA****HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:**

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DO PE ESQUERDO

**EXAME FÍSICO:**

Peso:  
PA: 100 x 80 mmHg

Altura:  
HGT: mg/dL

IMC: (1)

Temperatura: °

**CONDUTA:****Exames Complementares/Resultados:**

RATO X

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

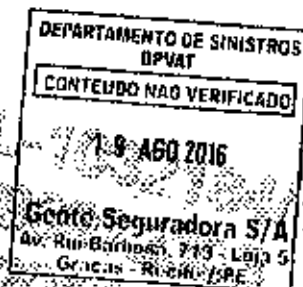
S927 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO PÉI

**DADOS DA TRANSFERÊNCIA:**

Transferência encaminhado para:

Motivo:

Senha:



DR. PERICLES CARNEIRO VILHENA FILHO

CRM: 21552



TRAC  
30,0000

# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

10/04/2016 21:47

Nome Paciente: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS  
Cod. Paciente: 995972  
Data de Nascimento: 11/10/1984  
Sexo: Feminino  
Idade: 31  
Senha: EA0080  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 505065

10/04/2016 21:47 - MARIA ALICE CORREIA SALVINO - COREN: 52061 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Causa Principal:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, SEGUNDO MÉDICO DA UPA COM FRATURA EXPOSTA NO PÉ ESO.

Observação:

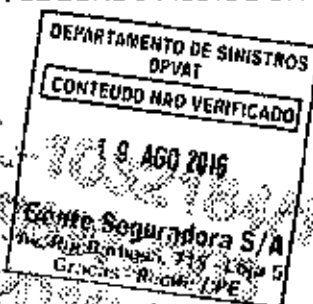
Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidés: REGUA DE DOR: 7



Acolhido(a) por: MARIA ALICE CORREIA SALVINO

Data: 10/04/2016 21:47

ASL-103216476  
796972302  
14/02/2016 09:16:03

ASL-103216476  
796972302  
14/02/2016 09:16:03



SISTUSAM  
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

### ATESTADO MÉDICO

TESTO que o Segurado João Danc Miranda  
de Freitas

portador da Carteira Profissional n.º \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

necessita de 60 dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura de fêmur  
E 592

d) Tratamento tratado cirurgicamente

Deverá retomar ao Ambulatório de \_\_\_\_\_  
Com \_\_\_\_\_ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

10/9/16  
HOSPITAL/AMBULATORIO \_\_\_\_\_ LOCALIDADE/DATA

[Assinatura]  
Ass. do Médico - CRM N.º \_\_\_\_\_

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 88 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14.03.87 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
[CONTÉUDO NÃO VERIFICADO]  
1-9 AGO 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE

ASL-103216476  
796972302  
14/02/2016 09:16:03

ASL-103216476  
796972302  
14/02/2016 09:16:03



CONTENIDO NÃO VERIFICADO

*Laudo ortopédico*



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS**  
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8590

### RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: João D'Arcy M. de Faria Registro: \_\_\_\_\_  
 Clínica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

*Declaro que a partir  
 após audição de nota no  
 dia 10/4/16. Tem fatura  
 exposta e exposta no sistema.  
 Ficou apartada do trabalho,  
 em suspensão, por 4 meses  
 do trabalho enquanto se  
 alta. Apresenta com aquela  
 condição no dia 11 de novembro  
 de 2016 e segue de férias  
 até 16/2/17.*

*CO/C*

Data: 16/2/17 *CL: 592*

075-HOF

Médico: Dr. Sandro Mello  
 M.D. PM. 0014  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM-PE 11.057

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTUDO NÃO VERIFICADO  
 14 MAR 2017  
 Gente Seguradora S.A.  
 Av. Rui Barbosa 716 Lapa 5  
 Recife - PE - CEP 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 06 R.38

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIZ

3236

09/09/2016

Joana Darc Miranda de Farias

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016

032184/16  
073236  
13:43:47

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PPV-1

CONTIENDO MATERIAL ADJ

13.09.2016

Gente Seguradora S/A

Av. Rio Barbosa, 110 - Lapa

Graciosa, Recife - PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6798193

DATA DE EXPIRAÇÃO 01.02.2001

NOME JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

PRIMAÇÃO

Joao Miranda de Farias

Maria da Conceição Borges da Silva

NATURALIDADE

18

09.11.10.1984

000 ORIGEM C.R.43594 L.A-38 Fla.837 Cartório

1º Distrito de Taboão-PE

120

13:43:47

LEI Nº 118 DE 2006/83

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016

032184/16  
73236  
13:43:47

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016 13:43:47

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016 13:43:47

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016 13:43:47

USEBENS

SINISTRO

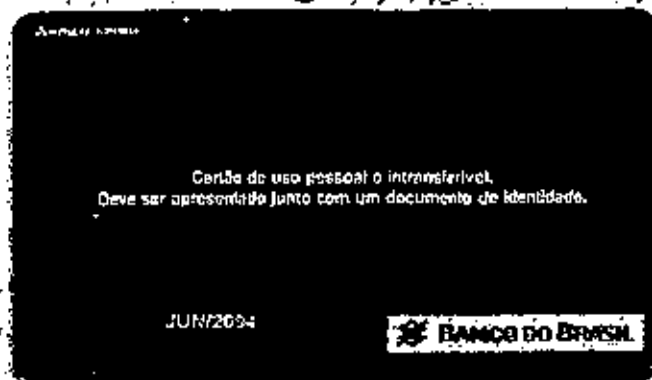
09 SET. 2016

ASL-1032134/18  
798973238  
09/09/2018 13:43:47

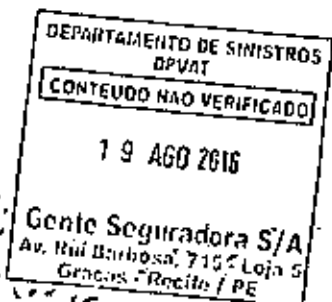


1032134/18  
798973238  
18 13:43:47

ASL-1032134/18  
798973238

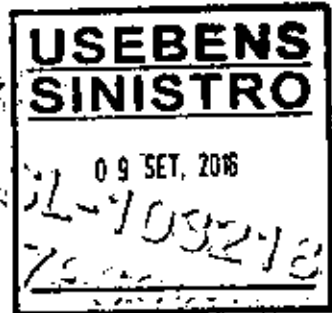


ASL-1032134/18  
798973238  
09/09/2018 13:43:47



1032134/18  
798973238  
09/09/2018 13:43:47

ASL-1032134/18  
798973238  
09/09/2018 13:43:47



ASL-1032134/18  
798973238  
09/09/2018 13:43:47

ASL-1032134/18  
798973238  
09/09/2018 13:43:47

**1987-1990**

ASL-1032184/16  
79697322

ASL-1032184/16  
705973236  
16 13:44:21

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

Nº 012637599361  
58812398348

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 304227283 000 000000000000

NOME E ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO  
JOÃO JOSE MIRANDA DE LIMA  
RUA DE PAULO JOSÉ DOS SANTOS  
CASA Nº JARDIM GUARANTUVENTO  
TIMBAUBA - PE 55870-000

CNPJ 014.907.584-55 NIF 000000000000

NOME ANTERIOR  
ELAVIA PEREIRA DE LIMA

CRAUSI 9C2JC4820CR000053

ESPÉCIE TIPO  
PAS / MOTONETA

FABRCA/MODELO  
HONDA/E124125 ES

COMBUSTÍVEL  
ALCO/GASOLINA

CAPACIDADE  
250/124CLS

CATEGORIA  
PARTIC

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

DATA  
30/12/78

TIMBAUBA - PE 55870-000

CHARLES ANDRE...  
Nº 000000000000

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD  
17 JUL 1965  
3238  
Gente Semadora S/A  
17 JUL 1965

ASL-10  
7966  
09/09/2016

ASL-1032184/16  
796973236  
09/09/2016 13:44:21

ASL-7022

09/09

USEBENS  
SINISTRO

2016

09 SET. 2016

13:44:27



ASTORIA, OR, DEC 20 1899

**- CARTeira de Identidade**

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Rua Barbaça, 70 - Lapa 5  
Graciosa - Rio de Janeiro



03.08.2003

**NOTE**

FM 445-20

Marie de Conchigues épouse de

2000

1997-1998

57-300-100

**1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.**

Ref. # 43594

IN HISTORY OF THE TOWN OF

LENNY 118 DE 2000

LENNY 118 DE 2000

DOCUMENTO 6 \*T66\*



GENTE SEGURADORA S/A  
 CNPJ nº 90.180.605/0001-02  
 Matriz: Rua: Mal. Floriano Peixoto, 450 - Porto Alegre - RS - CEP 90020-060  
 FONE/FAX: (51) 3027-8888 - OUVIDORIA 0800 607 0338  
 www.genteseguradora.com.br

# USEBENS SINISTRO

09 SET. 2016

ASL-77



Gente  
Seguradora

## AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO

☒ PROCESSO NOVO☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

COBERTURA RECLAMADA:

☐ MORTE☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

### 1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

☒ VÍTIMA☐ BENEFICIÁRIO☒ PROCURADOR☐ REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE:

Jana D'Arcy Miranda de Farias

CPF: 014.304.584-53

ENDEREÇO:

Rua Paulo José dos Santos

Nº: 62

COMPL: -

CEP: 55840-000

BAIRRO:

Jardim Guarani

CIDADE:

Timbaúba

ESTADO/UF:

Pernambuco

TELEFONE DE CONTATO:

(81) 9-9543-3413 / (81) 9-216-2319

e-mail: -

### 2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA:

27/04/2016

Nº DO BOLETIM:

16.E.01350003.02

DELEGACIA:

de Polícia de Timbaúba

ESTADO/UF:

Pernambuco

DATA DO SINISTRO:

27/04/2016

SITUAÇÃO DA VÍTIMA:

☒ TRANSPORTADO☐ NÃO TRANSPORTADO☐ MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? -

☐ SIM☐ NÃO

PLACA:

-

TIPO DE VEÍCULO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 7-1-9 AGO 2016  
 Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
 Recife - PE

### 3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA:

☐ CONTA CORRENTE☒ CONTA POUÇANÇA

BANCO:

Caixa

Nº DA AGÊNCIA:

0837

Nº DA CONTA:

00014747-9

### 4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO:

Jana D'Arcy Miranda de Farias

CIC/CPF: 014.304.584-53

ENDEREÇO:

Rua Paulo José dos Santos

Nº: 62

COMPL: -

CEP: 55840-000

BAIRRO:

Jardim Guarani

CIDADE:

Timbaúba

ESTADO/UF:

Pernambuco

TELEFONE DE CONTATO:

(81) 9-9543-3413 / (81) 9-216-2319

e-mail: -

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

LOCAL E DATA

Timbaúba; 15 de Agosto de 2016

ASSINATURA DO RECLAMANTE

Jana D'Arcy Miranda de Farias

#### MOSSOS ENDEREÇOS:

GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE  
 Av. Cota e Silva, 200 - 9º andar  
 CEP: 91040-000  
 Fone: (51) 3027-8888 / (51) 3027-8889

GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP  
 Av. Pádua, 200 - 10º andar  
 CEP: 05000-000  
 Fone: (11) 3027-8888

GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS/SC  
 Rua 1 de Maio, 200 - 10º andar  
 CEP: 88070-000  
 Fone: (41) 3027-8888 / (41) 3027-8889

GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ  
 Rua 1 de Maio, 200 - 10º andar  
 CEP: 20000-000  
 Fone: (21) 3027-8888 / (21) 3027-8889

GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR  
 Av. Cota e Silva, 200 - 9º andar  
 CEP: 81040-000  
 Fone: (41) 3027-8888 / (41) 3027-8889

GENTE SEGURADORA - BRASÍLIA/DF  
 Av. Cota e Silva, 200 - 9º andar  
 CEP: 70000-000  
 Fone: (61) 3027-8888 / (61) 3027-8889



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Joana 191 av. Miranda de Sá  
DATA DO ACIDENTE 10/04/2016 CPF DA VÍTIMA 019.303.584-53  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARARENTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São dos Anjos  
Nº 63 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Parque Guaraná  
CIDADE Simão UF PE CEP 55.830-000  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/09/16IDENTIDADE 6398193

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



Enc: RES: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC  
MIRANDA DE FARIAS  
Rafaela Toniolo Rosa para: Anaísa Furlanetto Gaspar  
Cc: Sylvio Soares Filho, dpvat.pe

30/09/2016 12:32

Histórico: Esta mensagem foi respondida.

Boa tarde,

**Prezados,**

Desculpe-nos pelo transtorno.

**Anaísa,**

por gentileza cancelar o processo conforme solicitado pela Lider.

Responder à todos, assim que efetuar o cancelamento do mesmo.

**USEBENS  
SINISTRO**

30 SET, 2016

Rafaela Rosa

DPVAT | Usebens Seguros S.A.

Rua Floriano Peixoto, 2.871 | sala 10 | São José do Rio Preto - SP

Fone: (17) 4009-3166 | DDR: (17) 4009-3157

rtrosa@usebens.com.br

----- Repassado por Rafaela Toniolo Rosa/Rodobens em 30/09/2016 12:29 -----

De: Gilbert Henrique do Amaral/Rodobens

Para: Rafaela Toniolo Rosa/Rodobens

Data: 30/09/2016 12:14

Assunto: Enc: RES: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Bom dia!

Psc,

Att,

Gilbert Henrique Amaral

Coordenador Sinistro | Usebens Seguros S/A

Rua Floriano Peixoto, 2.871 / Sala 02 / São Jose do Rio Preto-SP

Fone: Fone: (17) 4009-3161 / 0800727-8525

ghamaral@usebens.com.br

----- Repassado por Gilbert Henrique do Amaral/Rodobens em 30/09/2016 12:13 -----

De: Sylvio Soares Filho <sylvio.filho@seguradoralider.com.br>

Para: "angela.vicente@centauro-on.com.br" <angela.vicente@centauro-on.com.br>, "esther.thompson@centauro-on.com.br" <esther.thompson@centauro-on.com.br>

Cc: "dpvat.pe@gentesseguradora.com.br" <dpvat.pe@gentesseguradora.com.br>, "ghamaral@usebens.com.br" <ghamaral@usebens.com.br>, "dpvat@usebensseguros.com.br" <dpvat@usebensseguros.com.br>

Data: 30/09/2016 12:06

Assunto: RES: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Preada Angela.

Solicitamos em caráter excepcional de urgência o cancelamento do sinistro, uma vez que a responsabilidade pelo cadastramento do ASL é da congênere GENTE SEGURADORA.

A solicitação se faz necessária uma vez que o sinistro foi cadastrado equivocadamente pela USEBENS.

Atenciosamente,

Sylvio Filho

Departamento de Sinistros



Rua Senador Dantas, 74 – 15º andar

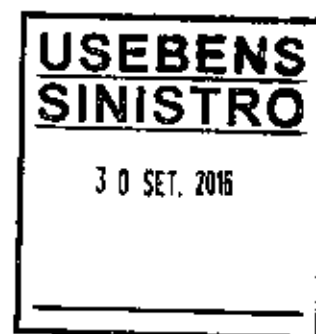
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ

Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 7374

Fax: 55 21 2544-0059

E-mail : [sylvio.filho@seguradoralider.com.br](mailto:sylvio.filho@seguradoralider.com.br)

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



**De:** [dpvat.pe@genteseguradora.com.br](mailto:dpvat.pe@genteseguradora.com.br) [mailto:[dpvat.pe@genteseguradora.com.br](mailto:dpvat.pe@genteseguradora.com.br)]

**Enviada em:** sexta-feira, 30 de setembro de 2016 11:35

**Para:** Sylvio Soares Filho

**Assunto:** Re: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Prezado, bom dia!

O processo em referencia foi recebido aqui pela Gente Seguradora houve o erro como consta nos e-mails abaixo e ao invés de ser recadastrado por nós como solicitado a USEBENS recadastrou se tornando assim a Seguradora Receptora, erroneamente, o parceiro esta questionado, como devemos proceder?

Atenciosamente,

**Gabriella de Abreu Machado**

Área de Sinistro DPVAT

Telefone: +55 81 3049-0788

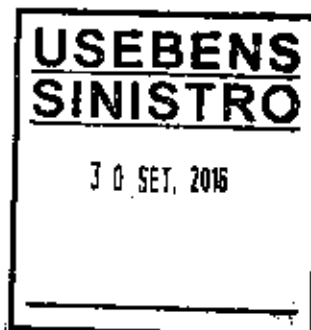
---

**De:** "Sylvio Soares Filho" <sylvio.filho@seguradoralider.com.br>  
**Para:** 'ghamaral@usebens.com.br'  
**Cc:** "dpvat pe" <dpvat.pe@genteseguradora.com.br>  
**Enviadas:** Sexta-feira, 9 de setembro de 2016 11:30:26  
**Assunto:** ENC: Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Prezados,

Informamos que já realizamos os acertos devidos quanto à crítica sistêmica do CPF. Desta forma, solicitamos prosseguir com o cadastramento do sinistro, ficando sob responsabilidade dessa seguradora a análise global do evento.

Atenciosamente,  
Seguradora Líder-DPVAT  
SF



**De:** Sylvio Soares Filho  
**Enviada em:** sexta-feira, 2 de setembro de 2016 09:47  
**Para:** 'ghamaral@usebens.com.br'  
**Cc:** dpvat.pe@genteseguradora.com.br  
**Assunto:** Interações com o Megadata - ASL-1032184/16 - JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS

Prezados,

Informamos que excepcionalmente o ASL foi cancelado por conta da intermitência sistêmica, que gerou erro na interação entre os sistemas Megadata e SIS DPVAT - Sinistros. Código gerado pelo sistema - 030. (Nome Da Vítima Com Preenchimento Incorreto).

Esclarecemos que, quando da captura do nome do sinistrado foi atribuído um caractere, o qual não é compatível ao conteúdo do respectivo campo.

Estamos comunicando à área responsável pela atualização sistêmica, para que possam realizar a correção devida.

Assim que solucionado manteremos contato para realização de novo cadastramento.

Atenciosamente,

Sylvio Filho

Departamento de Sinistros



Rua Senador Dantas, 74 – 15º andar

CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ

Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 7374

Fax: 55 21 2544-0059

E-mail : [sylvio.filho@seguradoralider.com.br](mailto:sylvio.filho@seguradoralider.com.br)

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

-->





0020

mp 000000

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

012237599361

56011692546

SENTENÇA DE REGISTRO DE VEÍCULO

334227263

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS  
 SUA PAULO JOSE DOS SANTOS 67  
 CASA - JARDIM GUARANI CENTRO  
 TIMBAUBA-PE 55870-030

014.307.884-57

FLAVIA PEREIRA DE LIMA

9C23C4828CR007983

PAB / MOTONETA

HONDA / BIZ 125 ES

2E / 124CL

20155842

SEM RESERVA

30/12/15

TIMBAUBA-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

6 OUT 2015

Gente Seguradora S/A  
 Av. Rio Barbosa, 715 - Lapa 5  
 Góias - Goiás / GO

ASL-1032184/16  
756972303  
14/09/2016 09:17:40

ASL-1032184/16  
756972303  
14/09/2016 09:17:40

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

Nº 012237599361  
58611396348  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 30422-29

JOANA D'ARC MIRANDA DA FARIAS  
RUA PAULO JOSÉ DOS SANTOS, 57  
CASA 10 JARDIM GUARANI CENTRO  
TIMBAUERA - PE 55670-000

CPF/CNPJ 014.307.584-57 0770317

NOME ANTERIOR FLAVIA PEREIRA DE LIMA

PLACA ANT./UF \*\*\*\*\* 9C2JC4820CRO07459

ESPECIE TIPO PAS MOTONETA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 E3

CAR/ED/OL 23/124CL 20155543

CATEGORIA PARTIC

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

DATA 20/12/15

TIMBAUERA - PE

ASSINATURA ANDRÉAS SOUZA ALBUQUERQUE

RECEITA AUTORIZADA RETRAIR/DF

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
14 SET 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5  
Goiânia - Goiás / PE

ASL-1032184/16  
756972303  
14/09/2016 09:17:40

ASL-1032184/16  
756972303  
14/09/2016 09:17:40

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
14 SET 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5  
Goiânia - Goiás / PE

GENTE SEGURADORA S/A  
 CNPJ nº 90.180.605/0001-02  
 Matriz: Rua Mal. Floriano Peixoto, 450 - Porto Alegre - RS - CEP 90020-060  
 FONE/FAX: (51) 3027-8888 - OUVIEDORIA 0800 607 0888  
 www.gente-seguradora.com.br



# AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO: ☒ PROCESSO NOVO ☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

COBERTURA RECLAMADA: ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

## 1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE: ☒ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☐ PROCURADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE: Josma O'que Miranda de Farias

CPF: 014.303.584-53 ENDEREÇO: Rua Paulo José dos Santos Nº: 62

COMPL.: - CEP: 55830-000 BAIRRO: Jardim Guarani

CIDADE: Timbóuba ESTADO/UF: Pernambuco

TELEFONE DE CONTATO: (19) 9547-3413 / (19) 9216-2319 e-mail: -

## 2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: 22 / 04 / 2016 Nº DO BOLETIM: 16.F.013.50003.02

DELEGACIA: de Polícia de Timbóuba ESTADO/UF: Pernambuco

DATA DO SINISTRO: 22 / 04 / 2016

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: ☒ TRANSPORTADO ☐ NÃO TRANSPORTADO ☐ MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? ☐ SIM ☐ NÃO PLACA: - TIPO DE VEÍCULO: -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO VERIFICADO  
 19 AGO 2016  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 3  
 Gramma - Recife - PE

## 3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE ☒ CONTA POUPANÇA BANCO: Caixa

Nº DA AGÊNCIA: 0837 Nº DA CONTA: 00014343-9

## 4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: Josma O'que Miranda de Farias

CIC/CPF: 014.303.584-53 ENDEREÇO: Rua Paulo José dos Santos Nº: 62

COMPL.: - CEP: 55830-000 BAIRRO: Jardim Guarani

CIDADE: Timbóuba ESTADO/UF: Pernambuco

TELEFONE DE CONTATO: (19) 9547-3413 / (19) 9216-2319 e-mail: -

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

Timbóuba, 15 de Agosto de 2016  
 LOCAL E DATA

Josma O'que Miranda de Farias  
 ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:  
 GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE: Av. Carlos de Campos, 229 - São Paulo - CEP 91040-000 - Fone: (51) 3027-8888 / (0800) 607-0888  
 GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO: Av. Carlos de Campos, 229 - São Paulo - CEP 01040-000 - Fone: (11) 3027-8888 / (0800) 607-0888  
 GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO: Rua Assis Brasil, 111 - Lapa - CEP 20040-000 - Fone: (21) 3027-8888 / (0800) 607-0888  
 GENTE SEGURADORA - BRASÍLIA: Rua Assis Brasil, 111 - Lapa - CEP 20040-000 - Fone: (21) 3027-8888 / (0800) 607-0888  
 GENTE SEGURADORA - RECIFE: Rua Assis Brasil, 111 - Lapa - CEP 20040-000 - Fone: (21) 3027-8888 / (0800) 607-0888  
 GENTE SEGURADORA - CUIABÁ: Rua Assis Brasil, 111 - Lapa - CEP 20040-000 - Fone: (21) 3027-8888 / (0800) 607-0888  
 GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE: Rua Assis Brasil, 111 - Lapa - CEP 20040-000 - Fone: (21) 3027-8888 / (0800) 607-0888

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160616198 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS **Data do acidente:** 10/04/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 20/10/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE PÉ ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PÉ ESQUERDA

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ PÉ ESQUERDA 50% DE 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Total                                  |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |

## PRESTADOR

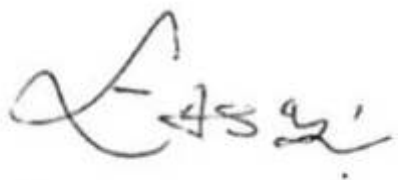
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160616198

**Cidade:** Timbaúba

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

**Data do acidente:** 10/04/2016

**Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA  
S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO- FRATURA DOS 5 METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODACTILOS, DÉFICIT DO APOIO PLANTAR ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATOMICA DO 3 PODODACTILO. EDEMA DO PÉ ESQUERDO. CLAUDICAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRTAMENTO CIRURGICO- FIXACAO PER CUTANEA DO 2 AO 4 METATARSOS.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/10/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 35%       | R\$ 4.725,00             |
| Total                                                 |                                                 |                                                               | 35 %      | R\$ 4.725,00             |

## 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:**



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta nº: 9881469

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

**Sinistro:** 3160616198 ASL-1102000/16  
**Vitima:** JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS  
**Data Acidente:** 10/04/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta nº: 9898430

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

Sinistro: 3160616198 ASL-1102000/16  
Vítima: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS  
Data Acidente: 10/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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, 10 de Novembro de 2016

Carta nº: 10007428

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

Sinistro: 3160616198 ASL-1102000/16  
Vítima: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS  
Data Acidente: 10/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 0000014747-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2017

Carta nº: 10703644

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

**Sinistro:** 3160616198 ASL-1102000/16  
**Vítima:** JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS  
**Data Acidente:** 10/04/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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, 05 de Abril de 2017

Carta nº: 10785339

A/C: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

**Sinistro:** 3160616198 ASL-1102000/16  
**Vitima:** JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS  
**Data Acidente:** 10/04/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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: **3160616198 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PAULO JOSE SANTOS nº 67 - JARDIM GUARANI - TIMBAUBA/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6798193 - SSP**  
Data local do exame: **31/10/2016 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)

#### FRATURA EXPOSTA DO PE ESQUERDO- FRATURA DOS 5 METATARSOS DO PE ESQUERDO

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.

#### TRTAMENTO CIRURGICO- FIXACAO PER CUTANEA DO 2 AO 4 METATARSOS.

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.

#### LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DOS PODODACTILOS, DEFICIT DO APOIO PLANTAR ESQUERDO. DEFORMIDADE ANATOMICA DO 3 PODODACTILO. EDEMA DO PE ESQUERDO. CLAUDICACAO.

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(\*)

☐ Vitima 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)

#### MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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 AVALIACAO DA EXAMINADORA -

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - RECIFE, 31/10/2016**

**Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ**

**Dra. Dores M. B. C. Mendes**  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do perito Examinador - CRM



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, Joana D'Arc Mirandola de Faria, 05/10/1960  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 6398193 EXPEDIDO POR SPS/PE EM 01/02/2004  
 CPF 03430958459 /CNPJ 000000000000000000 - PROFISSÃO juiz  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 4.400,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/ REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joana D'Arc Mirandola de Faria AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 do 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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDENCIA SOCIAL ou Salário Máximo Garantido
  - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CFE ou EIRELI ou S/A 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 Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
  - Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta conjunta);
  - 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 SISDPYAT 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO Parica Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0837 - Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00014747-9

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.

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
19 AGO 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 719 - Lapa 2  
Grupos - Recife / PE

CAIXA

603689 0010 00406 1958

JOANILDA ALCANTARA

Maestro

0871113 00014 (2591120)

USEBENS

SINISTRO

15.07  
09 SET. 2016



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



"0014"

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

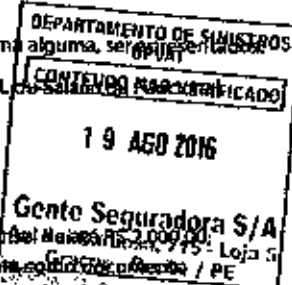
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Josma D'Arcy Miranda de Faria  
 POR(A) DO RG Nº 6.498.193 EXPEDIDO POR SOSIPE EM 06/02/2016  
 CPF 01430431453 / CNPI 00000000000000000000 PROFISSÃO juiz  
 E RENDA MENSAL DE R\$ aprox NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Josma D'Arcy Miranda de Faria AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 e 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- 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 R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta conjunta ou de conta comprobatória 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0833 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000147407-9

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.

Sombinha 15 de Agosto de 2016 Josma D'Arcy Miranda de Faria  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## 1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de até 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.dpvatseguredetransito.com.br](http://www.dpvatseguredetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTÉUDO NAO VERIFICADO  
19 AGO 2016  
Gestão Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
GRACIA - Recife / PE

**CAIXA**

603689 0010 00406 1958

JOANA D ARC M FARIAS

0877 013 000147 27-9 11/20

**Meistro**

09:18:34

09/2016 09:18:34

09/2016 09:18:34

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10.12.184/16  
13.332  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5  
224 Graciosa Recife / PE



**USEBENS  
SINISTRO**

13.09.2016  
13.332

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA  
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0136000702

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2016 às

11:38:36

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 10/04/2016 às 18:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 15025000, CÉSAR AUGUSTO,  
PROXIMO A SAPOLÂNDIA - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO  
BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO(AUTOR AGENTE)  
TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA (OUTRO)  
JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a):  
TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA

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

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
MARIA DA CONCEIÇÃO BORGES DA SILVA Pai: JOÃO MIRANDA DE FARIAS Data de  
Nascimento: 14/10/1984 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
1732192/805/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Telefones  
Celulares: 391069525

Endereço Residencial: RUA PAULO JOSE DOS SANTOS, 87 - CEP: 8 - Bairro: JARDIM  
GUARANI, TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA DO CARMO TEIXEIRA DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento:  
17/2/1984 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1152143/805/PE  
(RG), 03448356201 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Endereço Residencial: RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE, 146 - CEP: 8 - Bairro: CRUZEIRO  
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS  
 que estava em posse do(a) Sr(a): TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125 Objeto apreendido: NÃO  
 Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: DFF6817 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 384227283 Chassi: 9C2JC4829CR867083

Complemento / Observação

A VITIMA, JOANA D'ARC MIRANDA, VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR QUE ESTAVA COMO GARONA NA MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BO, CONDUZIDA POR SEU AMIGO TIAGO LUIZ, QUANDO UM DESCONHECIDO, EM OUTRA MOTOCICLETA, DE PLACA NÃO ANOTADA, EM ALTA VELOCIDADE E COM SINTOMAS DE EMBRIAGUES, E COLIDIU NA MOTOCICLETA EM QUE ESTAVAM JOANA E TIAGO, ATINGINDO EM CHEIO O PÉ ESQUERDO DE JOANA, QUE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE TIMBAUBA, PELO PRÓPRIO TIAGO E OUTROS POPULARES E, DE LÁ, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM RECIFE, COM FRATURA EXPOSTA NOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO. TIAGO NÃO SOFREU FERIMENTOS. O DESCONHECIDO, APÓS O FATO, SUBIU EM SUA MOTOCICLETA, DE PLACA NÃO ANOTADA, E TOMOU DESTINO IGNORADO. OBS: SEQUE EM ANEXO CÓPIA DO DOCUMENTO DE RG DE JOANA, ALÉM DO DOCUMENTO DO VEÍCULO EM SEU NOME E DA FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA.

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

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS  
 (VITIMA)

TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA  
 (OUTRO)

B.O. registrado por: THIAGO HENRIQUE PENHA COUTINHO - Matrícula: 272893-6

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT                                               |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO                                                          |
| 19 AGO 2016                                                                      |
| Gente Seguradora S/A<br>Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5<br>7. Graças - Recife / PE |

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA  
 15ª CIRCUNSCRIÇÃO

USEBENS  
 SINISTRO

09 SET, 2016

27/04/2016 11:38

1102000/16

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xm/BOEPreview.html

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
16 AGO 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lote 5  
Goiânia - Brasil / PE

309101



1032

298325



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA  
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0136000702

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2016 às 11:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 10/4/2016 às 18:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, R. OSEAR AUGUSTO,  
PROXIMO À SAPOLÂNDIA - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO  
BRASIL  
Código do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas envolvidas na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
TIAO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA (OUTRO)  
JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS (VÍTIMA)

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA  
46ª CIRCUNSCRIÇÃO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEICULO (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
TIAO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA

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

JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
MARIA DA CONCEIÇÃO BORGES DA SILVA Pai: JOÃO MIRANDA DE FARIAS Data de  
Nascimento: 14/10/1964 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO, BRASIL Documentos:  
6788193/908/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO telefones  
Celular: 811889826

Endereço Residencial: RUA PAULO JOSE DOS SANTOS, 87 - CEP: 5 - Bairro: JARDIM  
GUARANI - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

TIAO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA DO CARMO TEIXEIRA DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento:  
17/3/1984 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8152849/308/PE  
(RG) 83446396801 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Endereço Residencial: RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE, 166 - CEP: 5 - Bairro: CRUZEIRO  
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Natureza: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS** que estava em posse do(a) Sr(a): **TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA**  
 Categoria/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/125** Objeto apreendido: **NÃO**  
 Cor: **PRATA** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFF0417 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)** Renavam: **304227253** Chassi: **9C2JC4820CR807553**

**Complemento / Observação**

A VITIMA, JOANA D'ARC MIRANDA, VEIO A ESTA SELEGANCIA COMUNICAR QUE ESTAVA COMO CARONA NA MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BO, CONDUZIDA POR SEU AMIGO TIAGO LUIZ, QUANDO UM DESCONHECIDO, EM OUTRA MOTOCICLETA, DE PLACA NÃO ANOTADA, EM ALTA VELOCIDADE E COM SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ, O COLIDIU NA MOTOCICLETA EM QUE ESTAVAM JOANA E TIAGO, ATINGINDO EM CHEIO O PÉ ESQUERDO DE JOANA, QUE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE TIMBAÚBA, PELO PRÓPRIO TIAGO E OUTROS POPULARES E, DE LA, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL D'ÁVIO DE FREITAS EM RECIFE, COM FRATURA EXPOSTA NOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO. TIAGO NÃO SOFREU FERIMENTOS. O DESCONHECIDO, APÓS O FATO, SUBIU EM SUA MOTOCICLETA, DE PLACA NÃO ANOTADA, E TOMOU DESTINO IGNORADO. OBS: SEQUE EM ANEXO CÓPIA DO DOCUMENTO DE RG DE JOANA, ALÉM DO DOCUMENTO DO VEICULO EM SEU NOME E DA FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA.

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

**JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS**  
**(VITIMA)**

**TIAGO LUIZ TEIXEIRA DA SILVA**  
**(OUTRO)**

*Joana D'arc miranda de farias*

B.O. registrado por: **THIAGO MENDES PENNA CONTINHO** - Matrícula: **273283-6**

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE MINISTROS<br>DPVAT                                                 |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO                                                            |
| 19 AGO 2016                                                                        |
| Gente Seguradora S/A<br>Av. Barão de Itaipava, 715 - Loja 5<br>Rio de Janeiro - RJ |

**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAÚBA**  
**45ª CIRCUNSCRIÇÃO**



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



A Eu, Joana Danc Miranda de Farias portador da carteira de identidade nº 6298193 e inscrito no CPF/MF sob o nº 101430758459 residente e domiciliado na Rua Tgalo José dos Santos 111 Cidade Limbuca 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

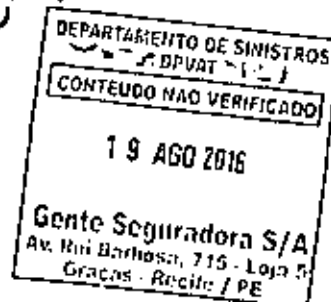
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

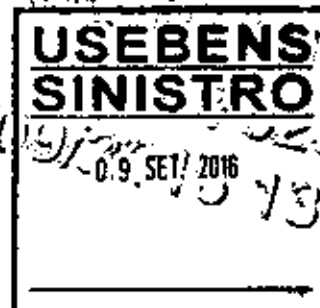
Joana Danc Miranda de Farias

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Limbuca, 15 de Agosto de 2016

Local e data



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



\*0004\*

..... UNIT .....

Eu, Joana Darc Miranda de Farias portador da carteira de identidade nº 65.981.93 e inscrito no CPF/MF sob o nº 014.303.584-58 residente e domiciliado na Rua Pedro José dos Santos Cidade Limbuca 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

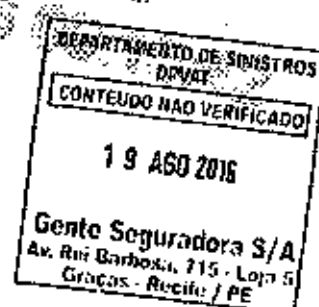
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Joana Darc Miranda de Farias

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

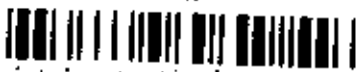


Limbuca, 15 de Agosto de 2016

Local e data

ASL-1032184/16  
796972303  
14/09/2016 09:15:42

ASL-1032184/16  
796972303  
14/09/2016 09:15:42



ato declaratório

# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

## EMERGÊNCIA



## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOANA D'ARC MIRANDA DE FARIAS  
 Data Nasc.: 11/10/1984 / Idade: 31 Sexo: FEMININO

Atendimento: 5050657

Prontuário: 995972

CPF: 09/09/2000 RG: 38

Cidade: TIMBAUBA

Endereço: RUA PATATIVA

Bairro: CENTRO

CEP: 55870000

Fone: 558193340708

Acompanhante:

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO BORGES DA SILVA

Nome do Conjugue:

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO

Data: 10/04/2016 21:40

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal (HDA):

início de dor no lado direito da coluna lombar  
 há 4 dias, piorando com o movimento  
 em posição de repouso

Exame Físico:

Repleção de dentes de Prtutur  
 09/09/2000 3238

Diag. Provisório:

FX 5° e 6° costelas do lado direito  
 Infeção

Prescrição:

Data:

**USEBENS**  
**SINISTRO**

09 SET. 2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTÉUDO JÁ VERIFICADO

19 AGO 2016

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5

Gratuito - Recife / PE

# 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: 04/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS

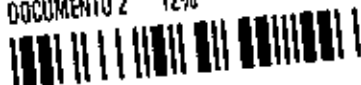
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000014747-9

---

Nr. da Autenticação 36E7C521FDAE65CE



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-1032184/16  
 796973236  
 09/09/2016 13:45:46

Eu, Edson da Silva Miranda de Faria, data de expedição 01/02/2001 Orgão SINIS/PE

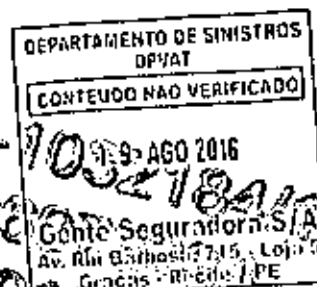
CPF nº 014.308.584-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                  |                                            |
|----------------------------------|--------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Prça) | <u>Rua Paulo José dos Santos</u>           |
| Número                           | <u>67</u>                                  |
| Apto / Complemento               |                                            |
| Bairro                           | <u>Jardim Guarani</u>                      |
| Cidade                           | <u>Timbóba</u>                             |
| Estado                           | <u>Pernambuco</u>                          |
| CEP                              | <u>55180-000</u>                           |
| Telefone de Contato              | <u>(11) 9-9543-3413 / (11) 9-9216-2319</u> |
| E-mail                           |                                            |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbóba, 13 de Agosto de 2016

Assinatura do Declarante: Edson da Silva Miranda de Faria





CTC 2509 PE 713  
**JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**  
**R PAULO JOSE DOS SANTOS 67**  
**PX ESCOLACLOVES SALGADO**  
**JARDIM GUARANI**  
**55870-000 TIMBAUBA PE**



Postagem: 11/05/2016  
 Vencimento: 29/05/2016  
 Emissão: 09/05/2016  
 Fechamento próxima fatura: 13/06/2016

**ASL-1032120**  
**75.200**

Resumo da fatura em R\$

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| Total da fatura anterior  | 781,91        |
| Pagamentos efetuados      | - 781,91      |
| Sócio Beneficiário        | 0,00          |
| Encargamentos juros       | 686,70        |
| <b>Total desta fatura</b> | <b>686,70</b> |

Titular **JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**  
 Cartão **6062.XXXX.XXXX.0766**

Parque de espera para fatura impressa chegar em casa. Você já pode pagar a fatura original pelo 0800-303030. E se preferir, pode pagar no site.

vencimento  
**20/05/2016**

pagamento total R\$  
**686,70**

pgto. mínimo R\$  
**27,116,74**

parcelamento R\$  
 sem juros 18 X  
**38 76,08**

parcelamento R\$  
 sem juros 18 X  
**86,76**

Vide folha explicativa



Facilite sua vida.

Deixe de acumular papel.  
 Mude M Codastre-se na  
 Fatura Digital pelo 3003-3030  
 e receba alertas  
 via e-mail e SMS

**Limites de crédito R\$**

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| Limite total de crédito           | 1.700,00 |
| Limite utilizado no mês           | 686,70   |
| Limite de crédito parcelado       | 2.550,00 |
| Retirada de recursos País (saque) | R\$100   |

**Pagamentos efetuados**

| DATA                          | VALORES R\$     |
|-------------------------------|-----------------|
| 20/04 PAGAMENTO FICHA COMPEMS | - 700,00        |
| 20/04 PAGAMENTO FICHA COMPEMS | - 81,91         |
| <b>Total dos pagamentos</b>   | <b>- 781,91</b> |

**Lancamentos: compras e saques**

**JOANA D M FARIAS (final 7928)**

| DATA | ESTABELECIMENTO | VALORES R\$ |
|------|-----------------|-------------|
|------|-----------------|-------------|

25/07 COM. DE CONST 2001/07/12 CARPINA 55,12

Lancamentos no cartão (final 7928) 55,12

**JOANA D M FARIAS (final 0766)**

| DATA | ESTABELECIMENTO | VALORES R\$ |
|------|-----------------|-------------|
|------|-----------------|-------------|

25/11 O Boticario 06/06 23,74

27/01 COMPRA PAC SEGURO 04/04 40,00

SAO PAULO

(continua...)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

19 AGO 2016

Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
 GUAJARA - Recife / PE



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75363 58479.782045 08173.0900021 000  
 Número do Documento 0011658479701-66393  
 Nome do Pagador **JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS** - 014.307.584-57  
 Número do Documento 0011658479701-66393  
 Nome do Beneficiário **JOANA D ARC MIRANDA DE FARIAS**  
 Endereço do Beneficiário Av. Rui Barbosa, 715, 1º e 2º Andares - Recife - PE

recibo do pagador  
 Data Recibo 17/05/2016  
 Valor do Documento R\$ 686,70  
 Valor Pago R\$ 686,70  
 Assinatura do Pagador

**USEBENS SINISTRO**  
 09 SET. 2016



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 396850

Prontuário: 1041290

Nome: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

Data Nasc.: 14/01/1984

Idade: 33

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 05701977404

RG:

CNS: 701007805741991

Endereço: RUA VINTE E UM DE ABRIL

Bairro: SAN MARTIN

Cidade: RECIFE

CEP: 50761605

Fone: 88145989

Profissão:

Nº: 33

Estado: PE

Nome da Mãe: EUNICE NASCIMENTO DA SILVA

Acompanhante: EVANILDO

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: DOMICILIO

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. ENF. MARGARIDA QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA DOR EM MIESO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 ATENDIMENTO DATA: 27/01/2017 HORA: 20:18 h Médico:

Linha Principal / HDA:

## História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

## Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score Hora:

Score Hora:

Score Hora:







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



# SUMÁRIO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| NOME: <u>Edson Nascimento da Silva</u>                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                             | 02 (DUAS) VIAS                  |                                                                                      |           |
| NOME DA MÃE:                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                                                             | CARTÃO BUE:                     |                                                                                      |           |
| CLÍNICA:                                                                                                                                                                         | ENFERMARIA:                                           | LEITO:                                                                                      | Nº DO REGISTRO: <u>109/1270</u> |                                                                                      |           |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                                                                                                                              | IDADE:                                                | PESO:                                                                                       | ALTURA:                         | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |           |
| MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):<br><u>Falta de circulação de 1º NITE</u>                                                                     |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| COMORBIDADE:                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO:<br><u>Intubação orotraqueal de 1º NITE</u>                                                                                                              |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):                                                                                                                      |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21.01.17</u>                                                                                                                                              |                                                       | DATA DA ALTA: <u>27.02.17</u>                                                               |                                 | DIAS DE INTERNAÇÃO:                                                                  |           |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:                                                                                                                                                |                                                       | CIE:                                                                                        |                                 | CARIÓTIPO/REVISÃO/FATURAMENTO                                                        |           |
| COD                                                                                                                                                                              | EQUIPE                                                | NOME DO PROFISSIONAL                                                                        |                                 |                                                                                      | MATRÍCULA |
| 1                                                                                                                                                                                | CIRURGIÃO                                             | <u>Dr. Glauco</u>                                                                           |                                 |                                                                                      |           |
| 2                                                                                                                                                                                | 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO                                  | <u>Dr. Glauco</u>                                                                           |                                 |                                                                                      |           |
| 3                                                                                                                                                                                | 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO                                  |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| 4                                                                                                                                                                                | ANESTESISTA                                           |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| 5                                                                                                                                                                                | CLÍNICO                                               |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| PROCEDIMENTOS ESPECIAIS                                                                                                                                                          |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL          | <input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE                                            |                                 |                                                                                      |           |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO | <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE                                                        |                                 |                                                                                      |           |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO              | <input type="checkbox"/>                                                                    |                                 |                                                                                      |           |
| RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)                                                                                                                                                   |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS                                                                                                           |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| <u>Paciente com história de trauma de 1º NITE, com</u><br><u>intubação orotraqueal de 1º NITE.</u><br><u>Tratamento com oxigênio de 21/01/17, com</u><br><u>melhora clínica.</u> |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:                                                                                                                                                 |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| <u>Bupropiona</u>                                                                                                                                                                |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| <u>Falta de circulação de 1º NITE</u>                                                                                                                                            |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:                                                                                                                                                      |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| <u>Estável</u>                                                                                                                                                                   |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA                                             |                                                       | OUTRO: <input type="checkbox"/> ML <input type="checkbox"/> OVO <input type="checkbox"/> SO |                                 |                                                                                      |           |
| <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| RENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| <u>Retorno ao ambulatório de 1º NITE</u>                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente                                                 |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| <u>do 5º ao 10º dia de 1º NITE</u>                                                                                                                                               |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| <u>27.02.17</u>                                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |
| DATA                                                                                                                                                                             |                                                       |                                                                                             |                                 |                                                                                      |           |

DR. FRANCISCO CARLOS DE  
CARVALHO  
20.09.17

MÉDICO RESPONSÁVEL  
ASSINATURA/ASSINATURA



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

NOME: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 396850

1.1 - Atendimentos em: 27/01/2017

1.2 - Às 20 horas e 16 minutos:

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1041290

2.1 - Internado em: 27/01/2017

2.2 - Alta em: 07/02/2017

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA - LUXAÇÃO DO 1º METATARSO ESQUERDO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 03/02/2017= TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DO 1º METATARSO ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

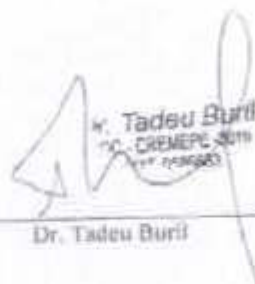
DATA: 18.7.2017

HORA: 11:26:29

PASTA: 01.07.2017

TB

TSL

  
Dr. Tadeu Buri

**Secretaria Estadual de Saúde**

**RELATÓRIO DA OPERAÇÃO**

**Nome do paciente:** EDSON NASCIMENTO DA SILVA    **REGISTRO:**  
1041290

**Data da operação:** 3/2/2017

**Operador:** Dr. MANUEL    **1º auxiliar:** Dr. ISAAC FREITAS

**2º auxiliar:** DR.

**Anestesista:**

**Diagnóstico pré-operatório:** FRATURA LUXAÇÃO DE 1º MTTE

**Tipo de operação:** TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE  
1º MTTE

**Descrição operatória:**

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) Incisão em região dorsal de pé esquerdo ao nível da articulação tarso-metatarsica
- 5) Observado luxação tarso-metatarsica e cominuição na base do fragmento do primeiro metatarso em região plantar
- 6) Realizado fixação tarso-metatarsica com dois fios de K cruzados 1.5 E 2.0
- 7) limpeza com SF 0,9 %
- 8) Aproximação dos bordos da lesão com nylon 3-0
- 9) Observada boa perfusão distal após o procedimento
- 10) Imobilização com tala bota
- 11) Curativo

*[Assinatura]*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 E REGISTRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

**EDSON NASCIMENTO DA SILVA**

RG IDENTIDADE: 6937073 SDN PE

CPF: 057.019.374-54 DATA NASCIMENTO: 14/01/1984

FILIAÇÃO: CÍCERO FELIX DA SILVA  
 KUNICE NASCIMENTO DA S  
 ILVA

ESTADO: PE MUNICÍPIO: ARACATUBA

REGISTRO: 04872519320 VALIDADE: 24/10/2024 EXPIRAÇÃO: 01/02/2019

*Edson Nascimento da Silva*

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

LOCAL: PAULISTA, PE DATA: 25/10/2019

PERNAMBUCO

1928963172

1019688680

ACORDAR JOSE DA SILVA

1734106 SSP PE

221.453.796-97 02/08/1961

JOSE MIGUEL DA SILVA

ALISTE MARIA DA SILVA

30/04/1965

1019688680

PAULISTA - PE

09/21/2015

1019688680

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636168 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 18/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P4 P5)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                  |                                              |                                                      | 5 %       | R\$ 675,00            |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636168 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON NASCIMENTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 18/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P4 P5)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                  |                                              |                                                      | 5 %       | R\$ 675,00            |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

EDSON NASCIMENTO DA SILVA, brasileira, estado civil, solteiro, RG nº 6.937.073, CPF/MF sob nº 057.019.774-04, residente e domiciliado à rua BARRA LONGA, nº 112, bairro Pau Amarelo, na cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

OUTORGADO: AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 311.453.704-97, e RG. Nº 1.724.300-SSP/PE, com endereço a rua Calcita, 38-Pau Amarelo-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Políclínicas, Upas, Samú, Corpo de Bombeiros, solicitar cópias autênticas de laudos junto ao IML, registrar Boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Paulista, 05 de novembro de 2019.

Edson Nascimento da Silva  
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA."

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398351/19

**Vítima:** EDSON NASCIMENTO DA SILVA

**CPF:** 057.019.774-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/01/2017

**Titular do CPF:** EDSON NASCIMENTO DA SILVA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

### EDSON NASCIMENTO DA SILVA : 057.019.774-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019  
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA  
CPF: 311.453.704-97

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

\_\_\_\_\_  
AGENOR JOSE DA SILVA

\_\_\_\_\_  
Steffany Carolyn Lins Veloso

---

**Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190636168**

**Vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/01/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDSON NASCIMENTO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636168

Vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

Data do Acidente: 27/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDSON NASCIMENTO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000944

Conta: 0000012701-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou Aô: 3 - CPF da vítima: 057019774-04 4 - Nome completo da vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

 5 - Nome completo: Edson Nascimento da Silva 6 - CPF: 057019774-04  
 7 - Profissão: Garçon 8 - Endereço: Rua Barão Louça 9 - Número: 112 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Pau Amarelo 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53431-265  
 15 - E-mail: 16 - Telefone: 81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

 21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00012701 3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prolegamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau do Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Paulista, 12 de novembro de 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarando)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0116003366**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/11/2019** às **11:22**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **27/1/2017** às **20:16**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RUI BARBOSA, 1 - Bairro: GRACAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
EDSON NASCIMENTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**

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

**EDSON NASCIMENTO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **EUNICE NASCIMENTO DA SILVA**  
Pai: **CICERO FELIX DA SILVA** Data de Nascimento: **14/1/1984** Naturalidade: **CATENDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6937073/SDS/PE (RG), 05701977404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE COZINHA**  
Endereço Residencial: **RUA BARRA LONGA, 112 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTONXU0564 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDSON NASCIMENTO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/MAGNA** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU0564 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

**ALEGA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA RUI BARBOSA SENTIDO RECIFE, QUANDO FOI COOLIDIDO POR UM CARRO DESCONHECIDO QUE PATEU EM SUA MOTO, CAUSADOLHES :FRATURA DO 1 METATARSO DE PE ESQUERDO,ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO SERUGICO.**

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

**EDSON NASCIMENTO DA SILVA**

**(VITIMA)**

*Edson Nascimento da Silva*

B.O. registrado por: **LUCIANO MORAES E SILVA** - Matrícula: **3849490**

---

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou Aô: 3 - CPF da vítima: 057019774-04 4 - Nome completo da vítima: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 445/2012

 5 - Nome completo: Edson Nascimento da Silva 6 - CPF: 057019774-04  
 7 - Profissão: Garçon 8 - Endereço: Rua Barão Louça 9 - Número: 112 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Pau Amarelo 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53431-265  
 15 - E-mail: 16 - Telefone: 81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

 21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00012701 3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prolegimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

 25 - Grau do Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Paulista, 12 de novembro de 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarando)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# 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: 26/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: EDSON NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000012701-3

---

Nr. da Autenticação 75432466EC353DB5

## CLARKSON AND G. J. WHITE

STRICT LIABILITY TO US.

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

DOI 10.1002/for

DOI: 10.1002/anie.200524145

Printed on acid-free paper

PAULISTA, SP  
2000

5842-236

## Discussion

91-INTREXNCL  
ISAA PERSON COMPANY

|                  |                 |            |
|------------------|-----------------|------------|
| DATE OF ANALYSIS | ANALYST         | LABORATORY |
| 02/14/14         | DR. J. A. J. J. | 01/12/14   |
| CONFIRMATION     | APPROVAL        | APPROVAL   |
| 02/14/14         | 02/14/14        | 02/14/14   |

|            |            |
|------------|------------|
| 2723077012 | 10/2010    |
| 23/10/2019 | 18/11/2019 |
|            | 247.13     |

THESE RESULTS WERE NOT DIFFERENTIALLY

|                                      | DESCRIPTION | PRICE (R) | SALES TAX |
|--------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| Compu-Mat and 30 kWh                 | 30 (000000) | 0.7700000 | 0.11      |
| Compu-Mat superior a 30 até 100 kWh  | 00 (000000) | 0.0000000 | 0.04      |
| Compu-Mat superior a 100 até 100 kWh | 70 (000000) | 0.0000000 | 0.04      |
| Compu-Mat superior a 700 kWh         | 00 (000000) | 0.7700000 | 0.04      |
| Arquiteto Sandoz AMBASSA             |             |           | 0.04      |
| Arquiteto Sandoz VERMELHA            |             |           | 0.04      |
| Carro: Van: Pólo e Municipal         |             |           | 0.04      |
| CDN subseq a CUB-NE 0000000 - 000000 |             |           | 0.04      |
| CDN subseq a CUB-NE 0000000 - 000000 |             |           | 0.04      |
| CDN subseq a CUB-NE 0000000 - 000000 |             |           | 0.04      |

Verlag der Akademie

247 13

[illegible]

RESEARCH REPORT

[illegible]

|           | Year | 1980 | 1974-1 | 1969 |
|-----------|------|------|--------|------|
| 1980-1981 | 100  |      |        |      |
| 1981-1982 | 100  |      |        |      |
| 1982-1983 | 100  |      |        |      |
| 1983-1984 | 100  |      |        |      |
| 1984-1985 | 100  |      |        |      |
| 1985-1986 | 100  |      |        |      |
| 1986-1987 | 100  |      |        |      |
| 1987-1988 | 100  |      |        |      |
| 1988-1989 | 100  |      |        |      |
| 1989-1990 | 100  |      |        |      |
| 1990-1991 | 100  |      |        |      |
| 1991-1992 | 100  |      |        |      |
| 1992-1993 | 100  |      |        |      |
| 1993-1994 | 100  |      |        |      |
| 1994-1995 | 100  |      |        |      |
| 1995-1996 | 100  |      |        |      |
| 1996-1997 | 100  |      |        |      |
| 1997-1998 | 100  |      |        |      |
| 1998-1999 | 100  |      |        |      |
| 1999-2000 | 100  |      |        |      |
| 2000-2001 | 100  |      |        |      |
| 2001-2002 | 100  |      |        |      |
| 2002-2003 | 100  |      |        |      |
| 2003-2004 | 100  |      |        |      |
| 2004-2005 | 100  |      |        |      |
| 2005-2006 | 100  |      |        |      |
| 2006-2007 | 100  |      |        |      |
| 2007-2008 | 100  |      |        |      |
| 2008-2009 | 100  |      |        |      |
| 2009-2010 | 100  |      |        |      |
| 2010-2011 | 100  |      |        |      |
| 2011-2012 | 100  |      |        |      |
| 2012-2013 | 100  |      |        |      |
| 2013-2014 | 100  |      |        |      |
| 2014-2015 | 100  |      |        |      |
| 2015-2016 | 100  |      |        |      |
| 2016-2017 | 100  |      |        |      |
| 2017-2018 | 100  |      |        |      |
| 2018-2019 | 100  |      |        |      |
| 2019-2020 | 100  |      |        |      |
| 2020-2021 | 100  |      |        |      |
| 2021-2022 | 100  |      |        |      |
| 2022-2023 | 100  |      |        |      |
| 2023-2024 | 100  |      |        |      |
| 2024-2025 | 100  |      |        |      |
| 2025-2026 | 100  |      |        |      |
| 2026-2027 | 100  |      |        |      |
| 2027-2028 | 100  |      |        |      |
| 2028-2029 | 100  |      |        |      |
| 2029-2030 | 100  |      |        |      |
| 2030-2031 | 100  |      |        |      |
| 2031-2032 | 100  |      |        |      |
| 2032-2033 | 100  |      |        |      |
| 2033-2034 | 100  |      |        |      |
| 2034-2035 | 100  |      |        |      |
| 2035-2036 | 100  |      |        |      |
| 2036-2037 | 100  |      |        |      |
| 2037-2038 | 100  |      |        |      |
| 2038-2039 | 100  |      |        |      |
| 2039-2040 | 100  |      |        |      |
| 2040-2041 | 100  |      |        |      |
| 2041-2042 | 100  |      |        |      |
| 2042-2043 | 100  |      |        |      |
| 2043-2044 | 100  |      |        |      |
| 2044-2045 | 100  |      |        |      |
| 2045-2046 | 100  |      |        |      |
| 2046-2047 | 100  |      |        |      |
| 2047-2048 | 100  |      |        |      |
| 2048-2049 | 100  |      |        |      |
| 2049-2050 | 100  |      |        |      |
| 2050-2051 | 100  |      |        |      |
| 2051-2052 | 100  |      |        |      |
| 2052-2053 | 100  |      |        |      |
| 2053-2054 | 100  |      |        |      |
| 2054-2055 | 100  |      |        |      |
| 2055-2056 | 100  |      |        |      |
| 2056-2057 | 100  |      |        |      |
| 2057-2058 | 100  |      |        |      |
| 2058-2059 | 100  |      |        |      |
| 2059-2060 | 100  |      |        |      |
| 2060-2061 | 100  |      |        |      |
| 2061-2062 | 100  |      |        |      |
| 2062-2063 | 100  |      |        |      |
| 2063-2064 | 100  |      |        |      |
| 2064-2065 | 100  |      |        |      |
| 2065-2066 | 100  |      |        |      |
| 2066-2067 | 100  |      |        |      |
| 2067-2068 | 100  |      |        |      |
| 2068-2069 | 100  |      |        |      |
| 2069-2070 | 100  |      |        |      |
| 2070-2071 | 100  |      |        |      |
| 2071-2072 | 100  |      |        |      |
| 2072-2073 | 100  |      |        |      |
| 2073-2074 | 100  |      |        |      |
| 2074-2075 | 100  |      |        |      |
| 2075-2076 | 100  |      |        |      |
| 2076-2077 | 100  |      |        |      |
| 2077-2078 | 100  |      |        |      |
| 2078-2079 | 100  |      |        |      |
| 2079-2080 | 100  |      |        |      |
| 2080-2081 | 100  |      |        | </   |

\_\_\_\_\_

INTERNET-ONLY

These are not the only parties that are involved in the process. Other parties that are involved in the process are the state, the private sector, and the public sector. The state is involved in the process in a number of ways. First, the state is responsible for the regulation of the process. Second, the state is responsible for the provision of the infrastructure. Third, the state is responsible for the provision of the services. The private sector is involved in the process in a number of ways. First, the private sector is responsible for the provision of the services. Second, the private sector is responsible for the provision of the infrastructure. Third, the private sector is responsible for the regulation of the process. The public sector is involved in the process in a number of ways. First, the public sector is responsible for the provision of the services. Second, the public sector is responsible for the provision of the infrastructure. Third, the public sector is responsible for the regulation of the process.

The authors are grateful to the National Science Foundation, Grant Number INT-9006780, for support of this research.

[illegible]

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd. *J. Polym. Sci. Part A: Polym. Chem.* 42: 103–114, 2004  
DOI: 10.1002/pola.20001

Copyright © 2006 John Wiley & Sons, Ltd.

Source: *U.S. Census Bureau, Current Population Reports, 1990*

3201 / RECIFE-CENTRO-PE  
R.IMP. DOM PEDRO II, 494-A  
RECIFE-PE  
50010-240

0423

EMISSAO - 20181110 - ENVEL. 0423  
TP-C



AGENOR JOSE DA SILVA  
CALCITA 38 CASA 02 NOSSA SRA DA CON  
PAULISTA-PE  
53420-750



7259038539053280000001852330191118

Você acaba de receber  
o **Cartão de Débito**  
**Bradesco** e todas as  
informações que você  
precisa para utilizá-lo de  
forma prática e segura.



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPK7TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</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 AGENOR JOSÉ DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 311453704-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edson Nascimento da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 057019774-04

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima Edson Nascimento da Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 057019774-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                 |                         |                                  |
|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Endereço: <u>RUA CALÇA</u>      | Número: <u>38</u>       | Complemento: _____               |
| Bairro: <u>N.º DA CONCEIÇÃO</u> | Cidade: <u>Paulista</u> | Estado: <u>PE</u>                |
| E-mail: _____                   | CEP: <u>53429-750</u>   | Tel. (DDD): <u>81-98517-1903</u> |

Local e Data: Paulista, 12 de novembro de 2019.

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante