



## FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO  VERMELHO ( )NOME: Marcela Manuela da S. Paula IDADE: 03DATA: 20/11/18 HORA: 17:55 MUNICÍPIO: GimbaúbaPA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SAT: \_\_\_\_\_ PESO: 14.800 HGT: \_\_\_\_\_

HAS ( ) DM ( ) ALERGIA MED (→)

## I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia ( ) Cianose ( ) Estridor ( ) FC<50 ou 140 ( ) FR >32 vpm ( ) FR <10 ( )
- 2- Extremidades frias ( ) Enchimento capilar lentificado ( ) Pulso fraco ( ) Pulso ausente ( )
- 3- Sudorese ( ) PAS <80mmHg ( ) PAD >130 mmHg ( )
- 4- Irresponsivo ou só resposta a dor ( ) Intoxicação exógena ( ) Sangramento intenso ( )
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ( )
- 6- Lesão grave ( ) Convulsionando no momento ( ) Letargia ( )

## II- Sinais de urgência – atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ( )
- 2- FC <50 ou > 140 ( ) PAS <90 ou > 240 ( ) PAD >130 sem sintomas ( )
- 3- Febre >39 ° ( ) Febre com imunodepressão ( ) Turgor pastoso ( )
- 4- História de convulsão nas últimas 24h ( ) Mucosas ressecadas ( )
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ( )
- 6- Queimadura de 2º e 3º, áreas não críticas SCQ <10% ( )
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ( )
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ( )
- 9- Dor abdominal intensa ( ) Dor torácica intensa ( )
- 10- História de até 72h de:  
Melena ( ) Hematêmese ( ) Enterorragia ( ) Epistax ( )
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ( )

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

**III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

1- Dor de ouvido moderada/ grave ( ) Dor abdominal ( )

2- Febre sem outros sinais clínicos ( )

3-Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ( )

4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhorias ( )

5- Internamento eletivo ( )

6- Abscesso exceto face/ retroauricular ( )

Genitora relata  
acidente de  
moto.

Pcte. segue com

**IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- CLASSIFICAÇÃO AZUL**

1- Tosse crônica ou recorrente ( )

Edema em testa

2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ( )

3- Coriza crônica ou recorrente ( )

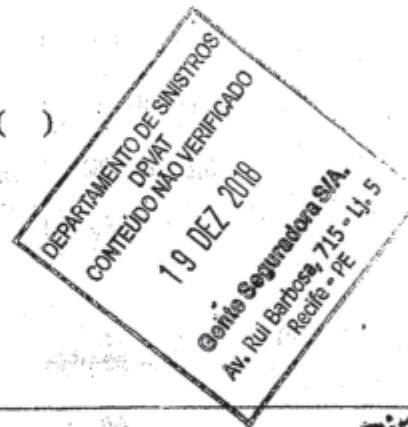
4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ( )

5- Troca de curativos ou retirada de pontos ( )

6- Constipação intestinal sem outros sintomas ( )

7- Dor abdominal crônica ( )

8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ( )



ENCAMINHADO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORIENTOU:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Shirley Dinoá  
Enfermeira  
COREN 426.210

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL



## FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 20/11/18 HORA: 17:54

## 1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 1135

Nome: Marcela Manuela dasilva LeunerCartão SUS: Nº Sexo: F Data Nasc: 25/03/15 Idade: 03Nome da mãe: Maria Ciparecida dasilva leunerLogradouro: R José Thuryo de Araujo nº 107Complemento: casa Bairro/Localidade: Ismael VasconcelosMunicípio: Timbaúba UF: PE Telefone: ( ) NºRubrica do Colaborador: Genilda

## 2- ANAMNESE:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

3- SSVV: T \_\_\_\_\_ F.C \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ F.R: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_ SatO2 \_\_\_\_\_

Gente Seguradora S/A.  
HGT  
AV. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

## 4- EXAMES COMPLEMENTARES: ( ) Laboratório ( ) Radiológico ( ) ECG ( ) Outros

Hipótese Diagnóstica:

CID:

Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora \_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_: \_\_\_\_ h. Alta referido para USB ( )

( ) Óbito ( ) Outra Unidade de Urgência ( ) Especialidade

## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*vitium accidenti  
et ruytu evolvim*

*Manoel da S. Alves  
Médico de Emergência  
Data: 11/11/2018*

*Dr. Jorge V. Neves  
Médico  
CRM - 4428-PE*

*BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Araruna - Timbaúba - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920/0000-57 TEL: 81 3631 0443*

*Luiz D. M. Oliveira  
Téc. Enfermagem  
COREN-PE 040335*

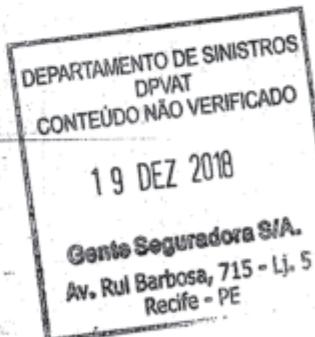
*38150*

18:35h Menor com a monitora, vítima de  
atropelamento com escoriações em MMII  
+ MMSS e hemotoma com edema  
em região frontal da cabeça. Monitora  
veiga desmaiada e ciente da menor; orientada  
a ficar algumas horas em observação.

Moema Brandão  
Enfermeira  
COREN PE 273.318



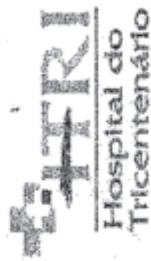
## BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: HHR - Novo HorizontePaciente: Marela Pascoal da SilveiraIdade: 03 anos Senha: 5560971Anamnese: Menina de 03 anos com relato de náuseas e vômitos frequentes. Evolução bem curta.Exame Físico: Termo: 37,5ºC. Peso: 14kg. Apego: ótimo. Auscultação pulmonar: auscultável. Auscultação cardíaca: regular. Abdome: não houve encher, menear.Pedi: Aneurisma pulsátil  
Hipótese Diagnosticada: Gastroenterite aguda, menearAP: MVR com ATR, 1/1  
Medicamentos/Procedimentos Realizados:Equipe de Transferência: FH, JDR, LeneMédico: Magda Andrade  
*Andrade, Magda  
CRM-PE 2697*  
Data: 20/11/18Endereço: Rua 08 Km 29- Loteamento Araruna  
Cep: 55370-000 Timbaúba-PE Tel: 3631-0443

**UPA24h**



GIZLÂNDIA MUNICIPAL  
SERVIÇOS DE ATENDIMENTO



Hospital do  
Tricentenário

**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

Para:

Declaro para devidos fins que o Sr.(a) Marcos Henrique da Silveira compareceu a esta Unidade de saúde no dia 20 / 11 / 18, às :\_\_\_\_\_ horas a fim de acompanhar sua filha que foi vítima de atropelamento e furtar dinheiro para Hospital da Restauração.

Timbaúba, 20 de 11 de 2018

Magali Mendes de Melo  
Magali Mendes de Melo  
Assistente Social  
QSSPT 5101 - Montanha Moniz

Assistente Social

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

**SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Atendimento nº : \_\_\_\_\_

Nome : Maria da Conceição da Silva

Foi atendido às 23:51 h do dia 20 / 11 / 18

Diagnóstico Provável TCC lhe

data da alta 22 / 11 / 18

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia )

VÔMITOS

PARALISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

Voltar ao pronto-socorro de NEUROCIRURGIA

Observação : \_\_\_\_\_

Dr. João Batista Filho  
Neurocirurgia  
CRM-PE 00353

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163

# República Federativa do Brasil

## REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:  
**MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA**  
MATRÍCULA:  
**0766120155 2015 1 00066 018 0072191 12**

### DATA DE NASCIMENTO POR EXTENO

Vinte e Cinco de Março de Dois Mil e Quinze

DIA	MÊS	ANO
25	3	2015

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF  
17:59 Limoeiro - PE

### MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Timbaúba - PE

### LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Regional José Fernandes  
Salsa

### SEXO

feminino

### FILIAÇÃO

MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA e MARCELO MANOEL DA SILVA

### AVÓS

JOSEFA MARIA DA SILVA LUNA e SEVERINO SEBASTIÃO DE LUNA

MARIA JOSÉ DA SILVA e MANOEL SEVERINO DA SILVA

### GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

### DATA DO REGISTRO POR EXTENO

Onze de Maio de Dois Mil e Quinze

### NÚMERO DA DNV

30642821366

### SELO DIGITAL

0076612.WWG04201501.00060

Consulte autenticidade em  
[www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

Cartório do Registro Civil de Timbaúba

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Digital Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5  
Timbaúba, 11 de maio de 2015

TIMBAÚBA

RUA Severino Ribeiro Alves, 106 - CEP.: 55.870-000 - CENTRO - Timbaúba - PE.  
C.N.P.J.: 11.290.665/0001-01

O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.  
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:

<https://www.programaminiu.certidao.pe.gov.br/feira/consultacertidao.jsp>

Informe o código: 3AE1BE16-4A3E-45B1-96BA-4CF442176BBB

Data da Assinatura:

11/05/2015 10:32:21

[Compre presentes](#)

Wijfje ouweis opgegaan na Z'a felleba

+23x 129,84

194'80

1.298,65

A) Pogramma total

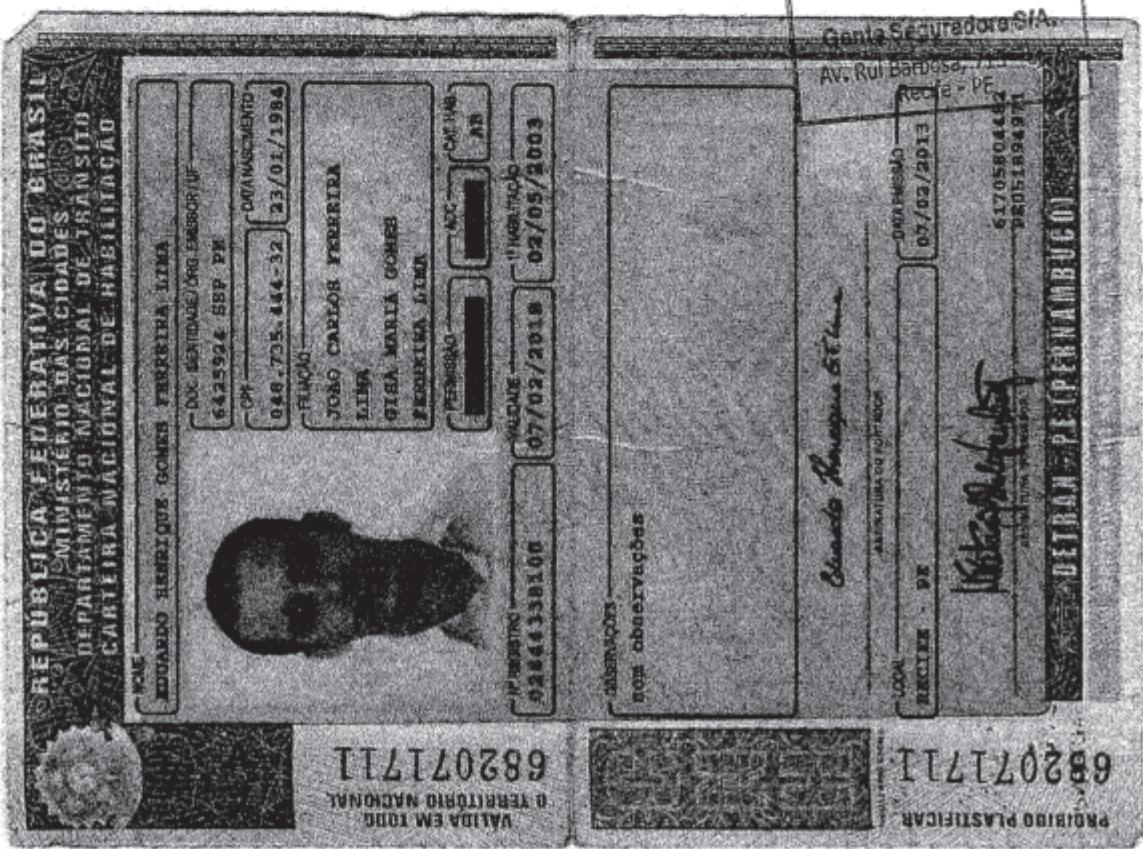
05/12/2018

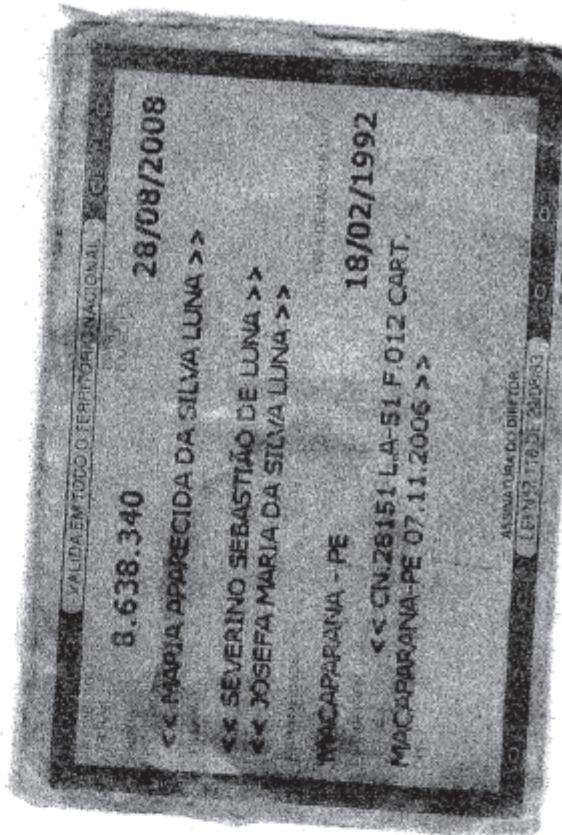
mento

Entre no APP Creditcard para ver o seu limite, fatura, melhorar data de compra e muito mais!

Resumo da fatura em R\$	
total de fatura emitida	1.137,63
referimento de fatura em 05/11/2018	-1.137,63
Saldo financeiro	0,00
Liquidação das faturas	1.208,65
Total das faturas	1.298,65

VISA





## CARTA

**SINISTRO: 3180596306**

Eu, **MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA**, brasileira, inscrita no CPF de nº 097.449.984-66, residente e domiciliada na Rua José Tiago de Araújo, nº107, Loteamento Araruna, Timbaúba-PE, representante e genitora da vítima **MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA**, menor, brasileira. Venho por meio desta, apresentar as pendências do caso de DPVAT da minha filha, onde seguem anexados os dois boletins de ocorrência que assim solicitaram, tendo em vista que o nome na primeira página está abreviado por ser protocolo da delegacia de Pernambuco, mas encontra-se por completo na descrição dos fatos na página 2.

Desde então, aguardo analise e marcação de pericia, para que possamos comprovar as sequelas definitivas.

(81) 9-9716-7948

(81) 9-9163-6662

Timbaúba, 10 de Janeiro de 2019.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180596306      **Cidade:** Timbaúba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA      **Data do acidente:** 20/11/2018      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 30/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180596306      **Cidade:** Timbaúba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA      **Data do acidente:** 20/11/2018      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 30/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO EXRAJUDICIAL

Outorgante: Maria Aparecida da Silva Lúna,  
brasileira, solteira, do lar, inscrita no CPF  
nº 091.449.984-66, residente na Rua  
João Tiago de Araújo nº 107, Arareu,  
Timbaúba - PE. CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 23 de Novembro de 2018.

maria aparecida da Silva Lúna



2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba  
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS  
Rua Walredo Ferreira Lima, 54 - Timbaúba - Pernambuco - CEP: 55.870-000 - Fone: (81) 3831-0532 - E-mail: canonicorankin@hotmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA, Timbaúba/PE, 23/11/2018 09:37:42, o referido é verdade. Dau  
re. Encolamentos: R\$ 3,59 TSM: R\$ 0,80 Total: R\$ 4,39 - NDI48313-4

Gilberto Vasconcelos Leite - Escrivente  
Selo digital: 0150730.MH109201801.02258  
Data: 23/11/2018 09:37:42

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457402/18

**Vítima:** MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA

**CPF:** 097.449.984-66

**CPF de:** Representante

**Data do acidente:** 20/11/2018

**Titular do CPF:** MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA : 097.449.984-66

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 19/12/2018

Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA  
CPF: 048.735.444-32

Data do cadastramento: 19/12/2018

Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Marta Marinho dos Santos

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457402/18

Número do Sinistro: 3180596306

Vítima: MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA

CPF: 097.449.984-66

CPF de: Representante

Data do acidente: 20/11/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 25/01/2019

Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA  
CPF: 048.735.444-32

Data do cadastramento: 25/01/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180596306**

**Vítima: MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA**

**Data do Acidente: 20/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180596306**

**Vítima: MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA**

**Data do Acidente: 20/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180596306**

**Vítima: MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA**

**Data do Acidente: 20/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

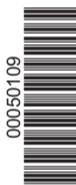
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:  
 Profissão: *Maria Aparecida da Silva Baum* CPF: *097.449.984-66*  
 Endereço: *Rua José Tiago de Araújo* Número: *107* Complemento: *casa*  
 Bairro: *Araruna* Cidade: *Timbaúba* Estado: *PE* CEP: *55840-000*  
 E-mail: *chd.pvrat@hotmail.com* Tel.(DDD): *(81) 9-91636662*

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0446* CONTA: *43833* Dígito: *2*  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (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.

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: *Timbaúba, 23/11/2018*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura da quem assina A ROGO

*Maria Aparecida da Silva Baum*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

19 DEZ 2018

Assinatura *Gente Seguradora S/A.*

Av. Rui Barbosa, 715 - 11.5  
 Recife - PE

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
12/12/2018 - Autoatendimento - 16:16:34  
044673223 0572

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	MARIA A SILVA LUNA
AGENCIA:	0446-4
CONTA:	43.833-2
VALOR *	1000
NR. ENVELOPE	2.032.876.365

\* Acolhido em: 12/12/2018, na Agencia 0446-4.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO  
NO PROXIMO DIA UTIL.

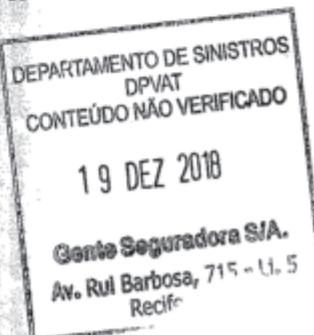
\*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente  
bancario serao conferidos e processados  
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes do expediente  
bancario, aos sabbados, domingos e feriados,  
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,  
o envelope sera processado pelo valor  
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos  
e permanecerao disponiveis por 60 dias na  
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos  
canais BB na opcao "Consulta Envelope":  
Aplicativo BB / [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br) / Caixa Eletronico  
Central de atendimento BB: 4003-0148  
(capitais e regioes metropolitanas)  
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informacoes.



22/11/2018 11:34



3180596306  
L93812  
0154102118

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -**  
**DP46ª CIRC DINTER1/11ª DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0136002193**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2018** às  
**11:52**

Complemento o BO Número: **18E0136002192**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que**  
 aconteceu no dia **20/11/2018** às **17:30**

19 DEZ 2018

Fato ocorrido no endereço: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 111, PRÓXIMO AO NÚMERO 111** - Bairro: **VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

FELIPE - "PINGUIM" (AUTOR / AGENTE )  
 MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA (NOTICIANTE )  
 MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA (VITIMA )

**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA**

46ª CIRC - CHICA

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
 FELIPE - "PINGUIM"

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

**MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
**JOSEFA MARIA DA SILVA LUNA** Pai: **SEVERINO SEBASTIÃO DE LUNA** Data de Nascimento:  
**18/2/1982** Naturalidade: **MACAPARANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)**  
 Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR**  
 Endereço Residencial: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107**  
**- CEP: 6 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA** (não presente ao plantão) - Sexo:  
 Feminino Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA** Pai: **MARCELO MANOEL DA SILVA**  
 Data de Nascimento: **29/3/2015** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil:  
**SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
 Endereço Residencial: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107**  
**- CEP: 6 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FELIPE - "PINGUIM"** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107**  
**- CEP: 6 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FELIPE - "PINGUIM"**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE - "PINGUIM"**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**Complemento / Observação**

19 DEZ 2018

MARIA APARECIDA VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR QUE SUA FILHA DE 03 ANOS, MARCELA MANOELA, ESTAVA BRINCANDO COM UMA PRIMA NA FRENTE DA CASA DA IRMÃ DA NOTICIANTE, QUANDO UM HOMEM CONHECIDO POR FELIPE, "PINGUIM", QUE ESTAVA EMPINANDO A MOTOCICLETA, SEGUNDO POPULARES, ATINGIU MARCELA, QUE SOFREU LESÕES NA CABEÇA E NO CORPO, ONDE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE TIMBAUBA E, POSTERIORMENTE, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE ONDE FICOU INTERNADA. A NOTICIANTE NÃO SOUBE DAR MAIORES DETALHES SOBRE A MOTOCICLETA USADA NO FATO, POIS SE PREOCUPOU, APENAS, EM SOCORRER A SUA FILHA E DISSE AINDA QUE FELIPE NÃO AJUDOU A SOCORRER A CRIANÇA E FICOU RECLAMANDO, DIZENDO QUE ELA TERIA QUE PAGAR O CONSERTO DA MOTO DELE. OBS: SEGUO EM ANEXO, COPIA DA FICHA DE ENTRADA DE MARCELA MANOELA NA UPA DE TIMBAUBA.

Gesta Seguradora S/A,  
 DA, Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Recife - PE

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

**MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA**  
**(NOTICIANTE)**

*x maria aparecida da silva luna*

B.O. registrado por: **THIAGO HENRIQUE PENHA COUTINHO** - Matrícula: 273693-6

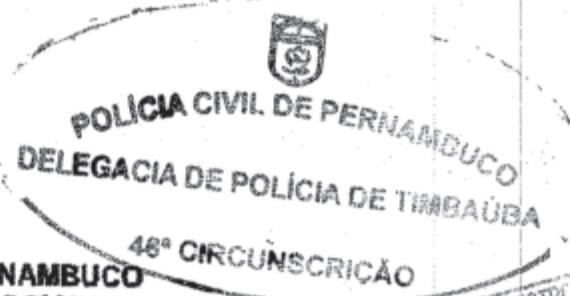


48<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Página 1 de 2

0457402/



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 46ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAÚBA - DP46<sup>a</sup>CRC**  
**DINTER1/11<sup>a</sup>DESEC**

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0136002193

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2018** às **11:52**

Complementa o BO Número:  
**18E0136002192**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **20/11/2018** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 111, PRÓXIMO AO NÚMERO 111 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAÚBA/PERNAMBUCO/BRASIL  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
 FELIPE - "PINGUIM" (AUTOR / AGENTE )  
 MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA (NOTICIANTE )  
 M.M.D.S.L. (Menor de Idade) ; VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE - "PINGUIM"

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

**MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino  
 Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA LUNA Pai: SEVERINO SEBASTIÃO DE LUNA Data de Nascimento: 15/2/1992 Naturalidade: MACAPARANA / PERNAMBUCO / BRASIL

Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR  
 Endereço Residencial: PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107 - CEP: 0 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAÚBA/PERNAMBUCO/BRASIL

M.M.D.S.L. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino  
 Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA Pai: MARCELO MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 25/3/2015  
 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO  
 Endereço Residencial: PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107 - CEP: 0 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAÚBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=136&idOc=7456130&nroBO=1...> 09/01/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Página 2 de 2

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE - "PINGUIM", que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE - "PINGUIM"

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

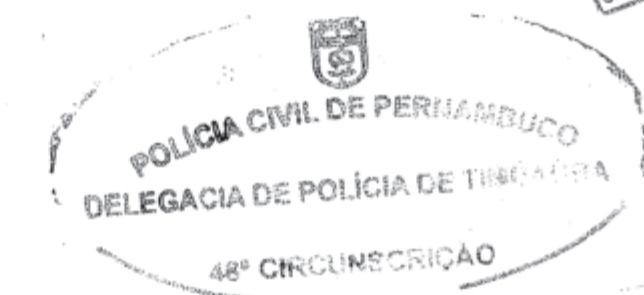
Complemento / Observação

MARIA APARECIDA VEIO A ESTA DELEGACIA CONUNICAR QUE SUA FILHA DE 03 ANOS, MARCELA MANOELA, ESTAVA BRINCANDO COM UMA PRIMA NA FRETE DA CASA DA IRMÃ DA NOTICIANTE, QUANDO UM HOMEM CONHECIDO POR FELIPE, "PINGUIM", QUE ESTAVA EMPINANDO A MOTOCICLETA, SEGUNDO POPULARES, ATINGIU MARCELA, QUE SOFREU LESÕES NA CABEÇA E NO CORPO, ONDE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE TIMBAUBA E, POSTERIORMENTE, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE ONDE FICOU INTERNADA. A NOTICIANTE NÃO SOUBE DAR MAiores DETALHES SOBRE A MOTOCICLETA USADA NO FATO, POIS SE PREOCUPOU, APENAS, EM SOCORRER A SUA FILHA E DISSE AINDA QUE FELIPE NÃO AJUDOU A SOCORRER A CRIANÇA E FICOU RECLAMANDO, DIZENDO QUE ELA TERIA QUE PAGAR O CONSELTO DA MOTO DELE. OBS: SEGUe EM ANEXO, COPIA DA FICHA DE ENTRADA DE MARCELA MANOELA NA UPA DE TIMBAUBA.

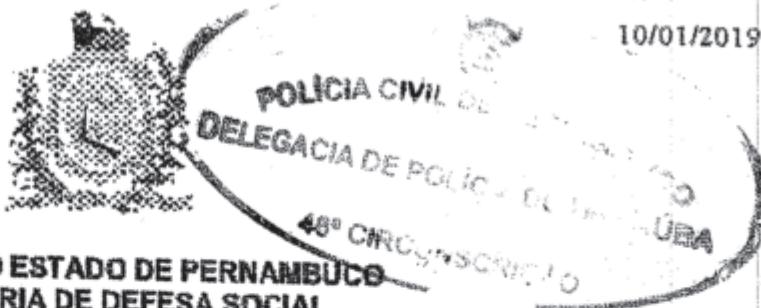
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nessa unidade policial

MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: THIAGO HENRIQUE PENHA COUTINHO - Matrícula: 273093-6



10/01/2019 10:28



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046º CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ºCIRC**  
**DINTER1/11ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0136002192**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2018** às **11:40**

Complementado pelo BO Número:  
**18E0136002193**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia  
**20/11/2018** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 1, PRÓXIMO AO NÚMERO 111** - Bairro: **VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**FELIPE - "PINGUIM" ( Autor / Agente )**  
**MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA ( Noticiante )**  
**M.M.D.S.L. (Menor de Idade) ( Vítima )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE - "PINGUIM"**

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

**MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino  
 Mãe: **JOSEFA MARIA DA SILVA LUNA** Pai: **SEVERINO SEBASTIÃO DE LUNA** Data de Nascimento: **19/2/1993** Naturalidade: **MACAPARANA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR**  
 Endereço Residencial: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 167 - CEP: 0 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**M.M.D.S.L. (Menor de Idade) (não presente ao plantão)** - Sexo: Feminino  
 Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA** Pai: **MARCELO MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **25/3/2016**  
 Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
 Endereço Residencial: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 167 - CEP: 0 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FELIPE - "PINGUIM" (não presente ao plantão)** - Sexo: Masculino  
 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 152 - CEP: 0 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE - "PINGUIM", que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE - "PINGUIM"

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

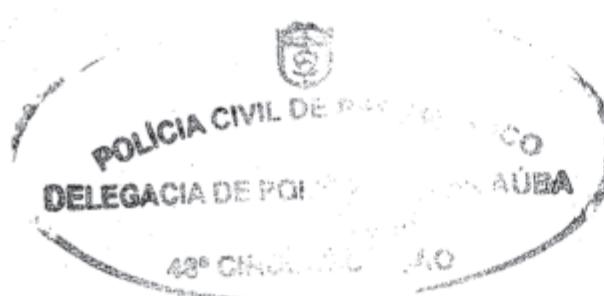
Complemento / Observação

MARIA APARECIDA VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR QUE SUA FILHA DE 03 ANOS, MARCELA MANOELA, ESTAVA BRINCANDO COM UMA PRIMA NA FRETE DA CASA DA IRMÃ DA NOTICIANTE, QUANDB UN HOMEM CONHECIDO POR FELIPE, "PINGUIM", QUE ESTAVA EMPINANDO A MOTOCICLETA, SEGUNDO POPULARES, ATINGIU MARCELA, QUE SOFREU LESÕES NA CABEÇA E NO CORPO, ONDE FOI SOCORRIDA PARA A UPA DE TIMBAUBA E, POSTERIORMENTE, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE ONDE FICOU INTERNADA. A NOTICIANTE NÃO SOUVE DAR MAiores DETALHES SOBRE A MOTOCICLETA USADA NO FATO, POIS SE PREOCUPOU, APENAS, EM SOCORRER A SUA FILHA E DISSE AINDA QUE FELIPE NÃO AJUDOU A SOCORRER A CRIANÇA E FICOU RECLAMANDO, DIZENDO QUE ELA TERIA QUE PAGAR O CONSELTO DA MOTO DELE. OBS: SEGUe EM ANEXO, COPIA DA FICHA DE ENTRADA DE MARCELA MANOELA NA UPA DE TIMBAUBA.

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

**MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: THIAGO HENRIQUE PENHA COUTINHO - Matrícula: 273893-6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:  
 Profissão: *Maria Aparecida da Silva Baum* CPF: *097.449.984-66*  
 Endereço: *Rua José Tiago de Araújo* Número: *107* Complemento: *casa*  
 Bairro: *Araruna* Cidade: *Timbaúba* Estado: *PE* CEP: *55840-000*  
 E-mail: *chd.pvrat@hotmail.com* Tel.(DDD): *(81) 9-91636662*

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0446* CONTA: *43833* Dígito: *2*  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (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.

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: *Timbaúba, 23/11/2018*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura da quem assina A ROGO

*Maria Aparecida da Silva Baum*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

19 DEZ 2018

Assinatura *Gente Seguradora S/A.*

Av. Rui Barbosa, 715 - 11.5  
 Recife - PE

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO  VERMELHO ( )NOME: Marcela Manuela da S. Paula IDADE: 03DATA: 20/11/18 HORA: 17:55 MUNICÍPIO: GimbaúbaPA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SAT: \_\_\_\_\_ PESO: 14.800 HGT: \_\_\_\_\_

HAS ( ) DM ( ) ALERGIA MED (→)

## I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia ( ) Cianose ( ) Estridor ( ) FC<50 ou 140 ( ) FR >32 vpm ( ) FR <10 ( )
- 2- Extremidades frias ( ) Enchimento capilar lentificado ( ) Pulso fraco ( ) Pulso ausente ( )
- 3- Sudorese ( ) PAS <80mmHg ( ) PAD >130 mmHg ( )
- 4- Irresponsivo ou só resposta a dor ( ) Intoxicação exógena ( ) Sangramento intenso ( )
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ( )
- 6- Lesão grave ( ) Convulsionando no momento ( ) Letargia ( )

## II- Sinais de urgência – atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ( )
- 2- FC <50 ou > 140 ( ) PAS <90 ou > 240 ( ) PAD >130 sem sintomas ( )
- 3- Febre >39 ° ( ) Febre com imunodepressão ( ) Turgor pastoso ( )
- 4- História de convulsão nas últimas 24h ( ) Mucosas ressecadas ( )
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ( )
- 6- Queimadura de 2º e 3º, áreas não críticas SCQ <10% ( )
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ( )
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ( )
- 9- Dor abdominal intensa ( ) Dor torácica intensa ( )
- 10- História de até 72h de:  
Melena ( ) Hematêmese ( ) Enterorragia ( ) Epistax ( )
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ( )

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

**III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

1- Dor de ouvido moderada/ grave ( ) Dor abdominal ( )

2- Febre sem outros sinais clínicos ( )

3-Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ( )

4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhorias ( )

5- Internamento eletivo ( )

6- Abscesso exceto face/ retroauricular ( )

Genitora relata  
acidente de  
moto.

Pcte. segue com

**IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- CLASSIFICAÇÃO AZUL**

1- Tosse crônica ou recorrente ( )

Edema em testa

2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ( )

3- Coriza crônica ou recorrente ( )

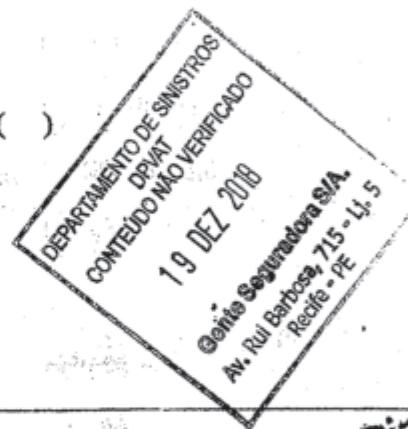
4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ( )

5- Troca de curativos ou retirada de pontos ( )

6- Constipação intestinal sem outros sintomas ( )

7- Dor abdominal crônica ( )

8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ( )



ENCAMINHADO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Shirley Dinoá  
Enfermeira  
COREN 426.210

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

[Compre presentes](#)

Wie e ouvir as opções na Zé'sicina

+23x 129,84

194'80

1.298,65

A) Pogramma total

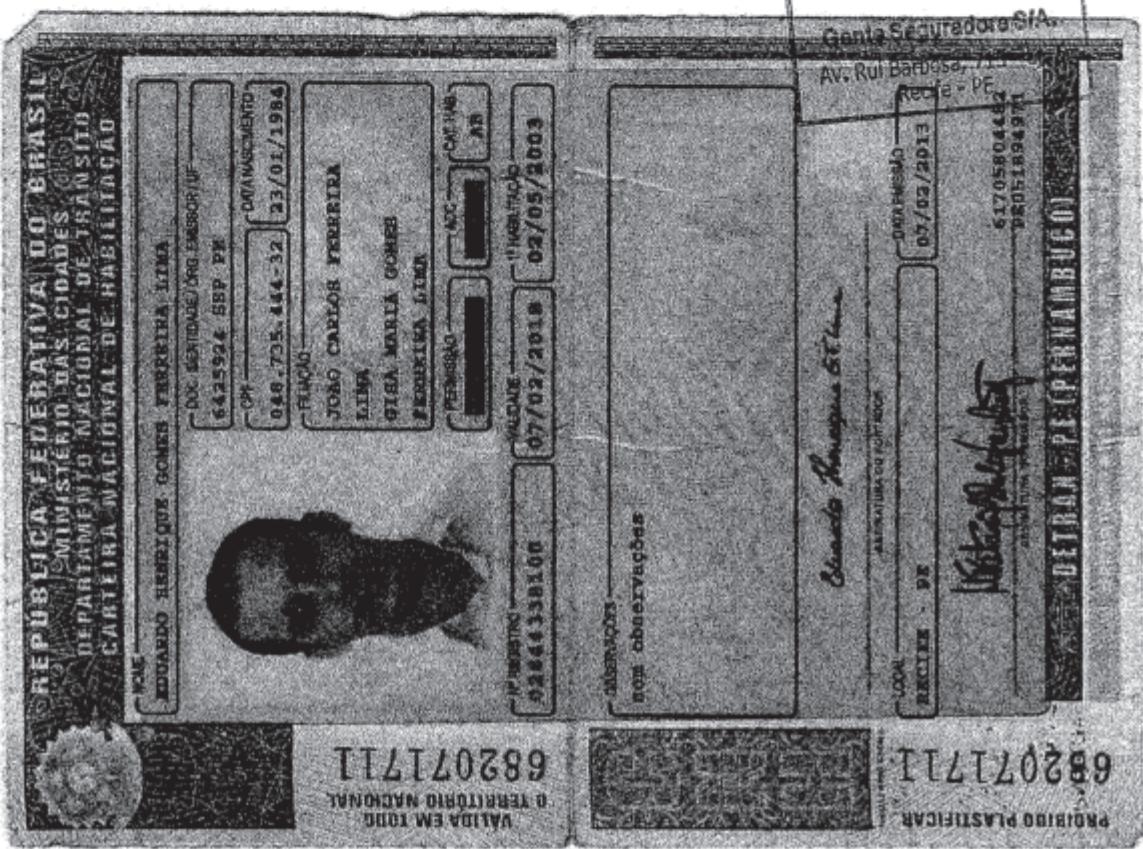
05/12/2018

mento

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de compra e muito mais!

Resumo da fatura em R\$	
total da fatura	1.298,65
desconto	1.137,63
referimento de fatura em 05/11/2018	- 1.137,63
saldo tributado	0,00
lances adicionais abertos	1.298,65
total das faturas	1.298,65

VISA



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA  
CPF: 097.449.884-65 NIS: 22814618007

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE TIAGO DE ARAUJO 107

LOTTO ARARUNA II/TIMBAUBA  
55879-000 TIMBAUBA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

**22/11/2018**

## TOTAL A PAGAR (R\$)

**31,96**

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

**14/11/2018**

## DATA DA APRESENTAÇÃO

**14/11/2018**

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

**039146168**

## CONTA CONTRATO

**004010854364**

## Nº DO CLIENTE

**2002940498**

## Nº DA INSTALAÇÃO

**0003875457**

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

**B28B.44CB,4E91.A67A,346F,2819,9802,4180**

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18398925	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	56,00	0,31541014	17,66
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,17
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,15
Multa por atraso-NF 031627246 - 13/09/18			0,53
Juros por atraso-NF 031627246 - 13/09/18			0,28
Atualização IGPM-NF 031627246 - 13/09/18			0,45
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>31,96</b>

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Resv	Valor
23/10/18	14/11/18	36,85

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	kWh	
Consumo Ativo até 30 kWh	8,17628850	86
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	8,38222620	98
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
Geração de Energia	11,15	45,42
Transmissão	1,58	6,44
Distribuição (Celpe)	7,40	30,14
Encargos Setoriais	1,07	4,38
Tributos	1,62	4,15
Perdas de Energia	2,33	9,49
<b>TOTAL</b>	<b>24,55</b>	<b>100</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
0,00	0,00	24,55	0,74	0,18	0,03	24,55	3,44	0,84

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
030000000040195009	CAT	16/10/2018	12.280,00	14/11/2018	12.366,00	29	1.000000 0,00 86,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/12/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		set/2018			
DIC-No de horas sem Energia	TIMBAUBA	0,83	6,15	12,30	24,60
FIC-No. de vezes sem Energia		1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,83	3,63	0,20	0,00
DNCR-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,35					
Todos Consumidores podem solicitar a apuração das indicações DIC, FIC, DMIC e DNCR a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios timbauba dos batis: praça siqueira campos centro / p. j. e. construções ltda : av nilo pecanha 246 centralista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) atualização monetária no próx. mês  
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 24,98 .  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de standilento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004010854364	11/2018	31,96	22/11/2018	19 DEZ 2018

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Assinatura: S/...  
Av. Rui Barbosa, 715  
Recife



838500000008 319600110044 010854364100 151419333534

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo G. F. Kima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.735.444 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karla Ferreira da S. Bimo inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.449.984 / 66, do sinistro de DPVAT cobertura Sinalizez da Vítima Karla Ferreira da S. Bimo inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.449.984 / 66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	
<u>Rua Geraldo Ferreira Bimo</u>	<u>127</u>	<u>Complemento</u>
Bairro	Cidade	
<u>Centro</u>	<u>Timbaúba</u>	
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>eholpat@hotmail.com</u>	<u>(81) 99716-7948</u>	<u>(81) 99163-6662</u>
<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 19 DEZ 2018</span>		

Timbaúba, 28 de Novembro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

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