

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 AZUL () VERDE () AMARELO ☒ VERMELHO ()

 NOME: Marcela Marcela da S. Lima IDADE: 03

 DATA: 20/11/18 HORAS: 14:55 MUNICÍPIO: Timbaúba

 PA: _____ T: _____ FC: _____ SAF: _____ 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 < 80 mmHg () 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 2° e 3°, 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 melhoras ()

5- Internamento eletivo ()

6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

*Genitora relata
acidente de
moto.*

Pate. 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 ()

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 ()

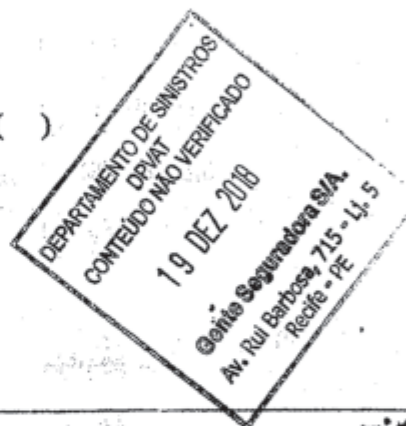
5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()

6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()

7- Dor abdominal crônica ()

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

edema em testa



ENCAMINHADO:

ORIENTOU:

Shirley Dinoá
Enfermeira
COREN 426.210

SOA

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/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

135

Nome:

marcela marcela da silva leune

Cartão SUS:

NT

Sexo:

F

Data Nasc:

25/03/15

Idade:

03

Nome da mãe:

m^{te} Ciparecida da Silva leune

Logradouro:

R. José Thiago de Araujo nº 107

Complemento:

casa

Bairro/Localidade:

Ismael Vasconcelos

Município:

Timbaúba

UF:

PE

Telefone: ()

NT

Rubrica do Colaborador:

Genilda

2- ANAMNESE:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

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

3- SSVV: T

F.C

PA:

F.R:

Glasgow:

SatO2

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:

vítima acidente
elavado e curadoMarcelo da S. Alves
Téc. de Enfermagem
CREN: 1147570

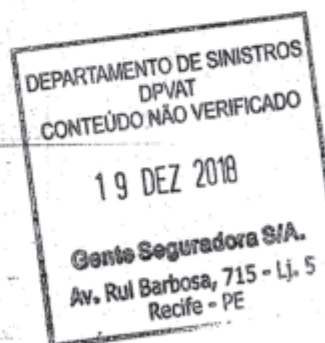
BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Araruna - Timbaúba - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920/00005-67 TEL: 81 3631 0443

Dr. Jorge V. Neves
Médico
CRM - 4428-PELuiz D. Oliveira
Téc. Enfermagem
COREN-PE 040335

18:35h Menor com a gnitoria, vítima de
atropelamento com escoriações em MMII
+ MMSS e hematoma com edema
em região frontal da cabeça. Gnitoria
nã se desmaia e conto da menor; orientada
e ficar algumas horas em observação.

 Moema Brandão
Enfermeira
COREN PE 273.318

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: UPA - UPA 24hPaciente: Marcia Almeida do SilveIdade: 03 anos Senha: 5560972Anamnese: Mulher 03 anos, com relato de trauma
de carro por moto. Fratura humeralExame Físico: Termo: 36,5°C, Pulso: 90/min, Pressão: 120/80
Arteriais, RR: 18/min, Sinais vitais estáveis, sem alteraçõesPele: hematoma subgalealHipótese Diagnosticada: Obstrução intestinal, náuseaMedicamentos/Procedimentos Realizados: RM: M/E com ATN, TPAEquipe de Transferência: PM, J. C. SilvaMédico: Magda André Data: 20/11/18Magda André
Médica
CRM-PE 2696R. 408 Km 29- Loteamento Araruna
Cep: 55870-000 Timbaúba-PE Tel: 3631-0443

UPA24h



TIMBAÚBA
GOVERNO MUNICIPAL
MUNICÍPIO DE TIMBAÚBA - PE

CTFTRI
Hospital do
Tricentenário

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Para: _____

Declaro para devidos fins que o Sr.(a) Marcelo Manoel da Silva
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
hospitalizada para Hospital da Restauração.

Timbaúba, 20 de 11 de 2018

Hospital Hospital de Níveis Intermedios
Assistente Social
CRFSP/PE 5169 - 4ª Região

Margara Moraes
Assistente Social

DEPA - TAMENTO 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: Marcelo Manoel da Silva Soares

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

Diagnóstico Provável TCC Lu

_____ 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 ambulatório de NEUROCIRURGIA~~

Observação: _____

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.

Dr. João Batista Filho
Neurocirurgia
CRM-PE 20043

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

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

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 EXTENSO

| DIA | MÊS | ANO |
|-----|-----|------|
| 25 | 3 | 2015 |

Vinte e Cinco de Março de Dois Mil e Quinze

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 EXTENSO

Onze de Maio de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30642821366

SELO DIGITAL

0076612.WWG04201501.00060

Consulte autenticidade em
www.tipe.jus.br/selodigital

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ATO GRATUITO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

Cartório do Registro Civil de Timbaúba

O conteúdo da certidão é verdadeiro. **Dona Seguradora S/A.**
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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.programaminhacertidao.pe.gov.br/escckonsultacertidao.jsp>

Informe o código: 3AE1BE16-4A3E-45B1-86BA-4CF4421768BB

Data da Assinatura:

11/05/2015 10:32:21

CARTA

SINISTRO: 3180596306

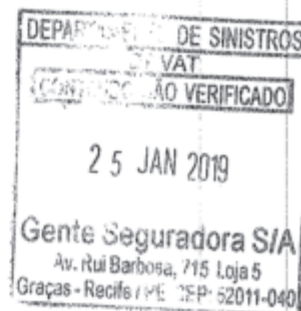
Eu, **MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA**, brasileira, inscrita no CPF de nº 097.449.984-66, residente e domiciliada na Rua José Tiago de Araújo, nº107, Loteamento Araruna, Timbaúba-PE, representante e genitora da vítima **MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA**, menor, brasileira. Venho por meio desta, apresentar 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 análise e marcação de perícia, 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 EVIDENCIA 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 EVIDENCIA 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 EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Maria Aparecida da Silva Luna,
brasileira, solteira, de lar, inscrita no CPF
de nº 091.449.984-66, residente na Rua
Jose Trigo de Araújo nº 107, Araruro,
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 Luna



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457402/18

Vítima: MARCELA MANOELA DA SILVA LUNA

CPF: 097.449.984-66

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 20/11/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA

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 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

Data da entrega: 19/12/2018
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 20/11/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DA SILVA LUNA

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 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

Data da entrega: 25/01/2019

Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

CPF: 048.735.444-32

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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



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



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: Marcia Aparecida da Silva Bruno

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

Nome completo: Marcia Aparecida da Silva Bruno CPF: 097.449.984-66

Profissão: recuso Endereço: Rua Jose Tiago de Araújo Número: 107 Complemento: casa

Bairro: Oraruna Cidade: Timbaúbo Estado: PE CEP: 55840-000

E-mail: chd.pvat@hotmail.com Tel. (DDD): (81) 9-91636662

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

REDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0446 4 CONTA: 43833 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

Assinatura

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - 11.5

Recife - PE

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Timbaúbo, 23/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura da quem assina A ROGO

Maria Aparecida da Silva Bruno

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

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 Agência 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. Apos o expediente bancario, aos sabados, 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 / Caixa Eletronica
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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0136002193

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

Complementa o BO Número: 18E0136002192

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 NUMERO 111 - Bairro: VILA DOS TREZENTOS - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

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



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: ANASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Endereço Residencial: PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107 - CEP: 8 - 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: 26/3/2018 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Endereço Residencial: PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107 - CEP: 8 - 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: 8 - 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

19 DEZ 2018

Complemento / Observação

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: SEGUE EM ANEXO, COPIA DA FICHA DE ENTRADA DE MARCELA MANOELA NA UPA DE TIMBAUBA.

Gente 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)

Maria Aparecida da Silva Luna

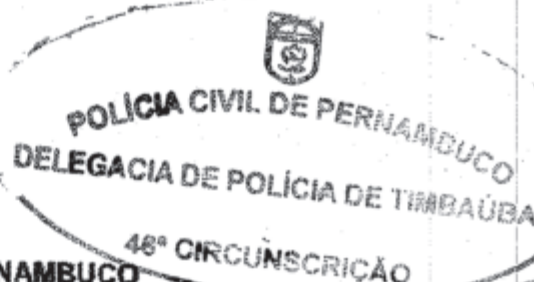
B.O. registrado por: **THIAGO HENRIQUE PENHA COUTINHO** - Matrícula: **273093-8**


POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAUBA
48ª CIRCUNSCRIÇÃO

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Página 1 de 2

0457402/1



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0136002193**



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

Complementa o BO Número:

18E0136002192

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 - 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: 18/2/1992 Naturalidade: MACAPARANA / PERNAMBUCO / BRASIL
Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR
Endereço Residencial: PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107 - 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: 25/3/2015
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 - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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 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 CONERTO 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: 273093-6



10/01/2019 10:28



POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE TIMBAUBA
48ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP48ªCIRC
DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **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 - Culposos (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: 13/2/1992 Naturalidade:
MACAPARANA / PERNAMBUCO / BRASIL
Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR**
Endereço Residencial: **PARQUE PROFESSOR ISMAEL ALVES DE VASCONCELOS FILHO, 107 - 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, 107 - 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 (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: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

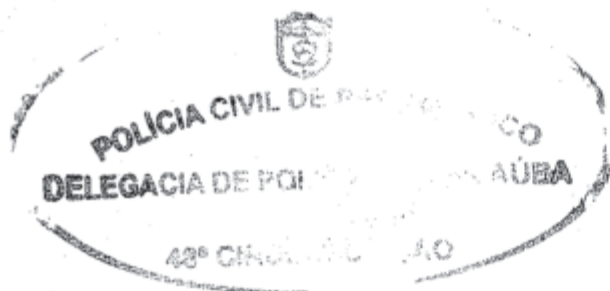
Complemento / Observação

MARIA APARECIDA VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR QUE SUA FILHA DE 03 ANOS, MARCELA MANOELA, ESTAVA BRINCANDO COM UMA PRIMA NA FRENTE DA CASA DA IRMÃ DA NOTICIANTE, QUANDO UM HOMEM CONHECIDO POR FELIPE, "PINGUIM", QUE ESTAVA ENPINANDO 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 CONERTO 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: **273093-6**



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: Marcia Aparecida da Silva Bruno

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

Nome completo: Marcia Aparecida da Silva Bruno CPF: 097.449.984-66

Profissão: recuso Endereço: Rua Jose Tiago de Araujo Número: 107 Complemento: casa

Bairro: Oraruna Cidade: Timbaúbo Estado: PE CEP: 55840-000

E-mail: chd.pvat@hotmail.com Tel. (DDD): (81) 9-91636662

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

RENTA 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)

- ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0446 4 CONTA: 43833 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ 2018

Assinatura

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - 11.5

Recife - PE

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Timbaúbo, 23/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura da quem assina A ROGO

Maria Aparecida da Silva Bruno

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

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 Marcela da S. Lima IDADE: 03DATA: 20/11/18 HORAS: 14:55 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: _____ T: _____ FC: _____ SAF: _____ 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 < 80 mmHg () 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 2° e 3°, 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 melhoras ()

5- Internamento eletivo ()

6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

*Genitora relata
acidente de
moto.*

Pate. 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 ()

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 ()

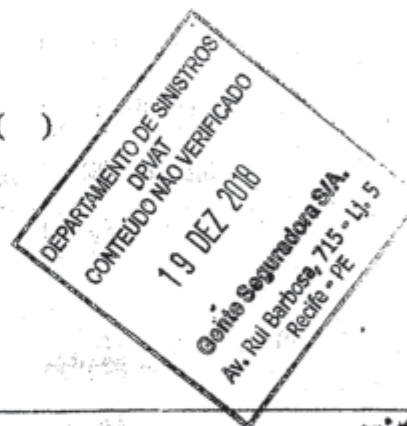
5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()

6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()

7- Dor abdominal crônica ()

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

edema em testa



ENCAMINHADO:

ORIENTOU:

Shirley Dinoá
Enfermeira
COREN 426.210

SOA
ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
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: 097.449.984-65 NIS: 22814618007

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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE TIAGO DE ARAUJO 107

LOTTO ARARUNA II/TIMBAUBA
55870-000 TIMBAUBA PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B28B.44CB.4E91.A67A.346F.2819.9802.4180

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | 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 |
| TOTAL DA FATURA | | | 31,96 |

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

| Vencido | De Receb | Valor |
|----------|----------|-------|
| 23/10/18 | 14/11/18 | 36,95 |

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. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,17628950
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,33222690

HISTÓRICO DO CONSUMO

| | | | kWh |
|---|------------|--------|-----|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 0,17628950 | NOV 18 | 86 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,33222690 | OUT 18 | 98 |
| | | SET 18 | 89 |
| | | AGO 18 | 96 |
| | | JUL 18 | 82 |
| | | JUN 18 | 78 |
| | | MAI 18 | 74 |
| | | ABR 18 | 68 |
| | | MAR 18 | 73 |
| | | FEV 18 | 73 |
| | | JAN 18 | 66 |
| | | DEZ 17 | 67 |
| | | NOV 17 | 74 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | R\$ | % |
|----------------------|--------------|------------|
| Geração de Energia | 11,15 | 45,42 |
| Transmissão | 1,58 | 5,44 |
| Distribuição (Celpe) | 7,40 | 30,14 |
| Encargos Setoriais | 1,07 | 4,36 |
| Tributos | 1,02 | 4,15 |
| Perdas de Energia | 2,33 | 9,49 |
| TOTAL | 24,55 | 100 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|------------------|---------------------|---------------|------------------|---------|-----------|--------|-------------|
|-------------------|----------------|------------------|---------------------|---------------|------------------|---------|-----------|--------|-------------|

00000000040195009 CAT 16/10/2018 12.280,00 14/11/2018 12.366,00 29 1,00000 0,00 86,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
|---|----------|---------------|-------------|------------|---------------------|
| set/2018 | | | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | TIMBAUBA | 0,83 | 6,15 | 12,39 | 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 | 0,00 | 0,00 |
| DICRI-Duração de interrupção em dia crítico | | | | | Limite DICRI: 12,22 |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ | | 11,35 | | | |

Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios timbauba dos batlis: praça siqueira campos centro / p. j. e. construccoes ltda : av nilo pecanha 246 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em 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%a.m(Lei 10.438/02) e 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 N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 24,95.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | |
|-------------------|-----------------------|--------|
| | MINIMO | MAXIMO |
| 220 | 202 | 231 |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|
| 004010854364 | 11/2018 | 31,96 | 22/11/2018 |

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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/BIBLIOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Eduardo B. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 04873544 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Aparecida da S. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 097449984 / 66, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Larublanela da Silva Lima 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 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 Geraldo Ferreira Lima</u> | | Número <u>127</u> | Complemento <u>Casa</u> |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>Timbaúba</u> | Estado <u>PE</u> | CEP <u>55840-000</u> |
| Email <u>eholprax@hotmaul.com</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>(81)997167948</u> | Telefone celular (DDD) <u>(81)991636662</u> |

Timbaúba, 23 de Novembro de 2018
Local e Data

Eduardo Henrique
Assinatura do Declarante

