

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA
Nº Sinistro: 3180564812
Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA
Data do Acidente: 19/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564812**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564812

Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

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

Comprovação de ato declaratório

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

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:		
066.877.794-00 Almira de Souza Magalhães Neto				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		CPF:
Profissão:	Endereço:	066.877.794-00		Número:
Bairro:	Cidade:	82 Casa		Complemento:
E-mail:		Estado:	PE	CEP: 56640-000
		Tel.(DDD):	27-9634-4907	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 00204960 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE
Autorizo a Seguradora Lider 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):

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE
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: _____

Morte
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 Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: *Curra Olhada 21-11-2018*
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Almira de Souza Magalhães Neto
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
SEGURADO DPVAT

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.



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 182ª CIRCUNSCRIÇÃO - BETÂNIA - DP182ªCIRC
 DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0272000244**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2018** às **13:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/8/2018** às **09:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1** - Bairro: **SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A MP AUTO CORRETORA**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO(A) (AUTOR \ AGENTE)
 SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE (OUTRO)
 NAPOLEÃO INACIO DE ALBUQUERQUE NETO (TESTEMUNHA)
 FRANCISCO SALVIO GONÇALVES PEREIRA (TESTEMUNHA)
 ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO(A)
 VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

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

ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIVAL GOMES DE SOUZA** Pai: **AGGEU MAGALHAES** Data de Nascimento: **13/4/1989** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7555941/SDS/PE (RG), 06687779400 (CPF), 04770608100 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: - 87999649664

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BETANIA, 1, RUA ENOQUE GUERRA, - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL, QUASE EM FRENTE A DELEGACIA DE POLICIA**

NAPOLEÃO INACIO DE ALBUQUERQUE NETO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEOBULA RAMOS DE ALBUQUERQUE** Pai: **LEONEL INACIO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **1/7/1970** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares: - 87999278179

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO INACIO DE MEDEIROS, 2526, BAIRRO IPSEP - CEP: 0** - Bairro: **VARZEA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCISCO SALVIO GONÇALVES PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IZALDITE PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSE GONÇALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **11/5/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: - 879996002530

Endereço Residencial: **RUA MARIA GOMES DE SOUZA, 892 - CEP: 0 - Bairro: JOSE RUFINO ALVES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA EMIDIO NUNES DA SILVA, 100, BAIRRO TANCREDO NEVES - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVINA APARECIDA DE LIMA SILVESTRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PCK2921** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **035188403** Chassi: **9C2KC1680ER039608**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

AUTOMOVEL (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO(A)**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA SAINDO DA LOJA MP AUTO CORRETORA EM SERRA TALHADA-PE E INGRESSANDO NA VIA LOCAL DA AVENIDA JOÃO GOMES DE LUCENA NO SENTIDO SUBURBIO- CENTRO QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM AUTOMOVEL DE COR PRATA QUE TRANSITAVA PELA RUA CABO JOAQUIM DA MATA E TAMBÉM INGRESSOU NA VIA LOCAL DA AVENIDA JOÃO GOMES DE LUCENA DE FORMA BRUSCA E BEM PROXIMO À CALÇADA DA REFERIDA LOJA; A VITIMA ALEGA QUE PARA NÃO SER ATINGIDA PELO VEÍCULO, EFETUOU UMA FRENAGEM DE EMERGENCIA QUE RESULTOU NA PERDA DE CONTROLE DA MOTOCICLETA QUE VEIO A DEITAR PARA O LADO ESQUERDO ATINGINDO O PÉ ESQUERDO DA VITIMA; ELA ALEGA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU NENHUMA FRATURA PORÉM AO SER SOCORRIDA PELA TESTEMUNHA NAPOLEÃO FOI CONSTATADO, JÁ NO HOSPITAL, UMA FRATURA EM UM DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO; AFIRMA QUE NÃO FOI POSSIVEL IDENTIFICAR O CONDUTOR OU DEMAIS CARACTERISTICAS DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE.

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

Almira de Souza Magalhães Neta
ALMIRA DE SOUZA MAGALHÃES NETA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **FELIPE DE BRITO FERREIRA** - Matrícula: **320334-4**



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:
066.877.794-00 Almira de Souza Magalhães Neta		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Almira de Souza Magalhães Neta	
Profissão:	Endereço:	CPF: 066.877.794-00
Agricultora	83 Mock Guerca	Número: 82 Complemento: Casa
Bairro:	Cidade:	Estado: PE CEP: 56640-000
Centro	Betânia	Tel.(DDD): 81-9634-4904
E-mail:		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 00204960 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE
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. 39, §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

MORTE
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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Curra Olhada 21-11-2018*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Almira de Souza Magalhães Neta

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Rosana de M. S. Cavalcante

(*) 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.

D S T Q Q S S

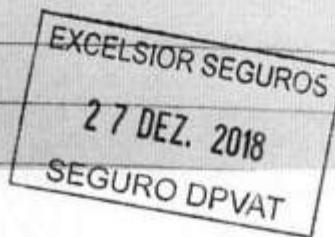
000

Exclarecimento

Eu, Almira Venho através desta esclarecer, que
não sou culpada do medico não ter informado
aqui que de fato aconteceu, que foi queda
de moto, agora acontece que não fui socorri-
da por Bombeiros, bairu e rum para a pessoa
de Napoleão e que me socorrer de imediato,
Pedendo abrir espaço para que vocês venham
e investigue se fui vítima de acidente com
moto ou não! Peço a compreensão de todos
e aguardo uma resposta, por que estou
prejudicada com nequelas

Serra Talhada, 27 de Dezembro de 2018

Almira de Souza Magalhães Nefi



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

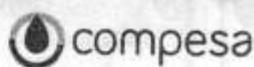
CLIENTE: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000204960-1

Nr. da Autenticação EB6C9315FB838674



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - NUM. - 00319 - CENTRO FLORES
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE

MARINALVA GOMES DE SOUZA
R ENOCK GUERRA, COMPESA 00082 - CENTRO BETANIA PE 56670-000

INSCRIÇÃO: 018.810.012.0000.146 GRUPO: 16 DEB. AUTOMATICO: 002557827

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12U159848	DATA LEIT. ANTERIOR 11/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 12/11/2018		TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

ÁGUA:

LEIT. ANT: 583 CONSUMO: 9
LEIT. ATU: 592
LEIT. FAT: 592

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018	18	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. MS 2.914/11	PORT. REALIZ.	ANALISES	ATENDEM A LEGIS.
08/2018	05	TURBIDEZ	10	10	10	10
07/2018	05	COR APARENTE	10	10	10	10
06/2018	07	CLORO RESIDUAL	10	10	10	10
05/2018	05	COLIF. TOTAIS	10	10	10	10
04/2018	02	E. COLI	10	10	10	10
MÉDIA:	07					

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

9,43

41,30

JUROS DE MORA: 08/2018

0,08

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PIS COFINS	41,30 41,30	1,65 7,60	0,68 3,14

VENCIMENTO: 25/11/2018

TOTAL A PAGAR: 41,38

MENSAGEM:

5 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 86,28. REGULARIZE SEU DEBÉITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744-25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Almira de Souza Magalhães ueta inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.877.794-00, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Almira de Souza Magalhães ueta, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.877.794-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultora Renda: mão informante apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

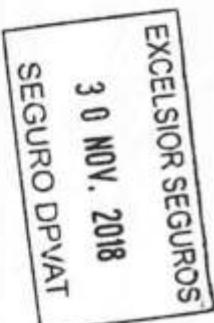
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Francisco</u>	<u>Flávio</u>	Número	<u>110</u>	Complemento	<u>Vasca</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>	Cidade	<u>Severa Galhada</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>81-9634-4907</u>

Severa Galhada, 21 de 11 de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvina Aparecida de Lima Silvestre,
RG nº 7143227, data de expedição 09/03/2005.
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 051.196.614-83, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Amália de Menezes do Nascimento, nº 263,
complemento lona, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Almíra de Souza Magalhães cujo o condutor era
Almíra de Souza Magalhães.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG150 FAN ESD1

Ano: 2014

Placa: PCK 2921

Chassi: 9C2KC1680ER039608

Data do Acidente: 19/03/2013

Local e Data: Serra Talhada 13/11/2018

Silvina Aparecida de Lima Silvestre

Assinatura do Declarante



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

Reginaldo Anísio da Silva
Delegado de Policia 2º Of. do Protesto

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade da SILVINA APARECIDA
DE LIMA SILVESTRE. Dou Fá. Serra Talhada - PE. Em Test^o
() da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva -
Titular. () Maria Lúcia de Souza - Substituta. Emol. -
R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. PPERG - R\$ 0,10. RSS - R\$ 0,00
Selo: 0074672.XLZ11201801.00578 27/11/2018 16:09:26
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/autodigital

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

Data:	19/08/18	Hora:	09:41	33	
Nome:	Aline de Souza Magalhães Neto				
Nome Social:	Aline de Souza Magalhães Neto				
Nascimento:	13-09-89	Sexo:	F	Estado Civil: Casada	
Escolaridade:	Ensino fundamental			Responsável: Aline de Souza Magalhães Neto	
Mãe:	Aline de Souza Magalhães Neto				
Endereço:	Av. Presidente J. V. da Cunha 2526				
Bairro:	Santo Antônio			Fone: (81) 9969-9661	
Cartão SUS:	898.00407088-292			RG/CPF:	
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO **VERMELHO** **AMARELO** **VERDE** **AZUL**

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:					

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Dafe com dor e
pedra no teto

Rt fio

Rt fio

- fílogosicos 10:10

- fio de ferido

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

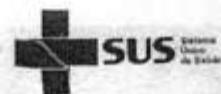
Dr. Wilson José dos Santos
CRM: 10.1779
CRF: 10.7161

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURADO DPVAT

(81) 9 9924-8149



HOSPM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

58

Data: 20.08.18	Hora: 10:10				
Nome: Olívia de Souza Magalhães n/a					
Nome Social:	Profissão: autônoma				
Nascimento: 13.03.89	Sexo: Fem.	Estado Civil: Casada			
Escolaridade:	Responsável:				
Mãe: Hawaí Gomes de Souza					
Endereço: Av. Antônio Macau de Medeiros					
Bairro: J. Antônio	Município: São Luís	Fone: 9.9964-9664			
Cartão SUS: 898.0040.9688.5292	RG/CPF:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

Prova de pé @ HF 1 DIA
el DOR, dor no e inchaço

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:					

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

DOR, dor no pé @

Tratamento:	AR lemb. São Vicente ANAS.
-------------	-------------------------------



Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
-----------------------	-----------------------

FER - S-ART @

Carimbo e Assinatura:

part, em oste da artropatia

MP

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2351633

4 - CNES

2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

066.877.794-00

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

898004096885292

6 - SIS PRE NATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

000083500

9 - NOME DO PACIENTE

ALMIRA DE SOUZA MAGALHÃES NETA

10 - DATA DE NASCIMENTO

13/04/1989

11 - SEXO

Feminino

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIVAL GOMES DE SOUZA

13 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 99964-9664

14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

João Gomes de Lucena

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

PE

18 - CEP

56909-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

*Doença superficial MD, colete
de dia, dia, colete e febre
nov. a favor RD*

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame de sangue a favor RD

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura 5º metatarso direito

22 - CID. 10 PRINCIPAL

593/5923

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408050462

28 - CLÍNICA

Antônio Coutinho

CRM: 7351

CPF: 056.552.003-25

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

paciente

CRM: 7351

CPF: 056.552.003-25

30 - DOCUMENTO

IX | CNS | I CPF

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL, SOLICITANTE/ASSISTENTE

Maureliana Pereira Ferreira

CPF: 030.473.994-41

CRM: 16278

Unifra Clínica

32 - ASSEGURADA / CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Maureliana Pereira Ferreira

CRM: 7351

CPF: 056.552.003-25

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/09/2018

34 - ASSISTENTE / CARIMBO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Maureliana Pereira Ferreira

CPF: 030.473.994-41

CRM: 16278

Unifra Clínica

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

35 - I ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - I ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - I ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR

AUTÔNOMO DESEMPREGADO

APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Maureliana Pereira Ferreira

CRM: 7351

CPF: 056.552.003-25

Médico Autorizador

XI/GERES

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

263210501333

MOTIVO DA ALTA:

02

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

02

DATA DA INTERNAÇÃO:

03.09.18

DATA DA ALTA:

05.09.18

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

20/08/2018 16:03

MÉDICO SOLICITANTE

PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 16558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:
ALMIRA DE SOUSA MAGALHÃES

Nº DO PRONTUÁRIO:

480458

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS):

DATA DE NASCIMENTO:

13/03/1989

SEXO:

Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
M GOMES DE SOUSA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO):
AV. ANTONIO INACIO DE MEDEIROS,

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

2613909

UF:

PE

CEP:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
SERRA TALHADA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT, COM FRATURA 5 METACARPO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA DO 5 MTC ESQUERDO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

(X) CNS () CPF

8339

ESCLARECIMENTOS

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
23/08/18 08:21 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
22/08/18 09:35 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
21/08/18 09:15 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
PACT,INSTAVEL AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução
20/08/18 16:44 VERA LUCIA BEZERRA LEITE
Descrição
NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR NA REDE PUBLICA E CONVENIADA

Data/Hora Profissional Evolução
20/08/18 16:03 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
20/08/18 16:03	Em digitação	0h:1m:33s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
20/08/18 16:05	Aguardando Regulacao	0h:30m:15s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
20/08/18 16:35	Aguardando Regulacao	0h:0m:22s	EULALIA,LAPA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EULALIA,LAPA solicitação: 480458
20/08/18 16:36	Regulado	0h:8m:23s	EULALIA,LAPA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
20/08/18 16:44	Aguardando Disponibilidade		VERALEITE/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

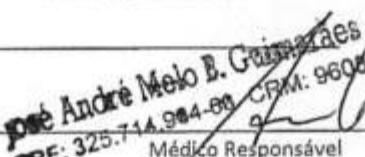
DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO
Data / Hora Paciente Assistido Usuário

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 03/09/2018		Nº Registro: 000083500	
Identificação do Paciente: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA		305 - TRAUMA FEM. 03	
Data Nascimento: 13/04/1989	Idade: 29	Sexo: Feminino	Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTORA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: AGGEU MAGALHAES		Mãe: MARIVAL GOMES DE SOUZA	
Endereço: João Gomes de Lucena		3758	
Bairro: São Cristóvão	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 99964-9664
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Homicídio []	Casual []	Outros []	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u> <p>rosas pretas par 110g, de pelagem Resiste bem ao toque + escova, des e scopo feces fecos sem pl D</p>			
Diagnóstico Inicial <u>fratura do II metatarso</u> .			
S.A.D.T			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> EXCELSIOR SEGUROS 30 NOV. 2018 SEGURO DPVAT </div>			
Diagnóstico Final <u>Fratura do V metatarso</u> (1)			
CONDICÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <u>3,9,18</u>	
Inalterado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>	Data da Alta: <u>05/09/2018</u>	
Plorado <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>	Local: _____	
Óbito+48h <input type="checkbox"/>	Evasão <input type="checkbox"/>	 CPF: 325.714.964-80 CRM: 9606 Médico Responsável	
Óbito-48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>		
Óbito em: _____			
Hora: _____			

Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

extirpação de mire

Data: 04.09.18

Inicio:

Término:

Cirurgião: Pedro

1º Auxiliar: Pedro

2º Auxiliar:

Anestesista: Silvana

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sol festugar adesivo Mitef
crecer precol. Preoperatório
foco fechado. Reduzido e fixado
ao bloco de fio Kirschner. Radiotomo
& Cefalômetro


Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.503-25

Assinatura do Cirurgião

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



9927-8179 - 264-9664
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / F

Nome: JUANA DO SOUZA M. NOVA

10 HOSP. SÃO VICENTE

HDX: TEC. FENITTO

① ORENA INVE SW 10
② Orlacox 500 - ③ 66615
SW IN
③ Hemocult anal coletado
→ solicitado
④ SW + CCEG Neste exame

Data: 20/8/18


Médico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURÓ DPVAT

DE: ROSANA MENEZES

RUA: JOCA MAGALHÃES

661 A

CENTRO

SERRA TALHADA - PE

CEP:56.903.480

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURÓ DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564812 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564812 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

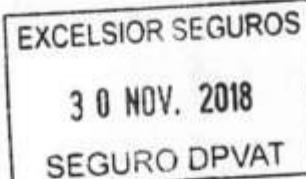
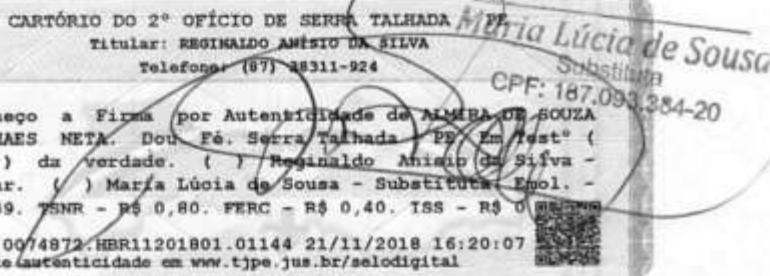
1. Outorgante Almira de Souza Magalhães Neta
portador(a) do documento de identidade nº 7555941, expedido por SDS-PE, em
31/07/2014 inscrito no CPF sob o nº 066.874.794-00, residente na
Jonack Guerreiro, nº 82
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Betânia, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 21 de 11 de 2018

Outorgante X Almira de Souza Magalhães Neta



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434148/18

Número do Sinistro: 3180564812

Vítima: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

CPF: 066.877.794-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2018

Titular do CPF: ALMIRA DE SOUZA MAGALHAES NETA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 27/12/2018

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Data do cadastramento: 27/12/2018

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA