

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343265
Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA
Data do Acidente: 17/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBSON DA SILVA BEZERRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343265

Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBSON DA SILVA BEZERRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343265

Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBSON DA SILVA BEZERRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343265

Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 17/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBSON DA SILVA BEZERRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ANA MARIA DOS SANTOS SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000004996**

Conta: **000001583-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190343265 **Cidade:** Tupanatinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 17/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Descrição do exame físico: APRESENTA GRANDE RIGIDEZ DO PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS EM TORNO DE 90%.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIOS METÁLICOS
REALIZOU MAIS DE 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA
DATA ALTA MÉDICA: 12/04/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PUNHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190343265
Nome do(a) Examinado(a): Ana Maria dos Santos Silva
Endereço do(a) Examinado(a): St Canela, 770 Casa
Rural Tupanatinga PE CEP: 56540-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 592752
Data local do acidente: [17/10/2017]
Data local do exame: [22/08/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIOS METÁLICOS
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 12/04/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA GRANDE RIGIDEZ DO PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOLICITADOS EM TORNO DE 90%.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
RIGIDEZ DE PUNHO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Realizou mais de 20 sessões de fisioterapia

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Cleudo Miranda
Médico
CRM-PE 19091

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: 017.434.204-71 Nome completo da vítima: Ana Maria dos Santos Silva

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

Nome completo: Ana Maria dos Santos Silva CPF: 017.434.204-71

Profissão: Agricultora Endereço: Sítio Cometa Número: 770 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Tupomatunga Estado: PE CEP: 56540-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 11

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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: 4996 CONTA: 1583 0

(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

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.

Local e Data: Tupinatunga 23.05.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X - Ana Maria dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

Assinatura SEGURO 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

040 810589024-9

09/FEV/2019 HORA DE 09:36:20

LOT: 15.013066-0 TERM: 012033

LOCALIDADE: TURANATINGA

AG. VINCULADA: 4996 CONTROLE: 339273740

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4996 013 00001503-0

ANA MARIA SANTOS SILVA

VALOR : 500,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

040 810589024-9

1ª VIA

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

SEGURO DPVAT



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 162ª CIRCUNSCRIÇÃO - TUPANATINGA - DP162ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0252000326

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/10/2017** às **09:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/10/2017** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, RODOVIA ESTADUAL PE 270, SÍTIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA (AUTOR/AGENTE)
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA (OUTRO)
ANA MARIA DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): **JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA**

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

JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALEXANDRINA EVANGELISTA DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 30/3/1946 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1009502/SSP/PE (RG) Estado Civil: SEPARADO(A)
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, SÍTIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANA MARIA DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA ENESTINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 1/12/1958 Naturalidade: SÃO MIGUEL DOS CAMPOS / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 592752/SDS/PE (RG) 01743420471 (CPF) Estado Civil: VIÚVO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1, SÍTIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA CICERA JUSTINO DA SILVA Pai: SEBASTIÃO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 30/8/1994 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TUPANATINGA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TUPANATINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO SHYNERAI PHENIX 50 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

<https://segurty.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=252&idOc=6751489&nrcBO=17E0252000326&tipo=simples&naiPrincipal=ACIDENT...> 1/

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Flaca: CBC3811 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 107822067 Chassi: LXVXCBL0X20638891

Complemento / Observação

NA MANHA DE HOJE, COMPERCEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE ANA MARIA DOS SANTOS SILVA, NOTICIANDO QUE NA TARDE DO DIA 17/10/2017, POR VOLTA DAS 15:00 HS, SE ENCONTRAVA NA GARUPA DA MOTO SHYNERA PHENIX, DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DE PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA, CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA, NA RODOVIA PE-279, NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO CANELA, ZONA RURAL DE TUPANATINGA, FOI QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DEVIDOS AOS BURACOS E CAIU NO SOLO E COM A QUEDA A SENHORA ANA MARIA DOS SANTOS SILVA FRATUROU O BRAÇO DIREITO, A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE, ONDE RECEBEU OS CUIDADOS MÉDICOS.

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

JOSÉ ALEXANDRE DE OLIVEIRA
(AUTOR / AGENTE)

ANA MARIA DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)
Priscila Justino de Oliveira
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA
(OUTRO)

B.D. registrado por: JOSÉ ROGERIO DUARTE BATISTA - Matrícula: 158730-7



Procurador Geral

Assessoria

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

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: 017.434.204-71 Nome completo da vítima: Ana Maria dos Santos Silva

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

Nome completo: Ana Maria dos Santos Silva CPF: 017.434.204-71

Profissão: Agricultora Endereço: Sítio Cometa Número: 770 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Tupinatinga Estado: PE CEP: 56540-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 11

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA 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: 4996 ☐ CONTA: 1583 ☐ ☐

(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.

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: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Tupinatinga 23.05.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X. Ana Maria dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **EXCELSIOR SEGUROS**

24 MAIO 2019

Assinatura: **SEGURO 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.

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: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04996

CONTA: 000000001583-0

Nr. da Autenticação 454638839C63F696



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.332/0001-98 | Ins. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CANELA 770 CS-

CPF 017.434.204-71

SITIO CANELATUPANATINGA RURAL
TUPANATINGA PE
56540-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
060373082	ÚNICA	13/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/03/2019	2013196736	3845429

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7015508218	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LITURA
20/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	41,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Advcp(Wh)	55,0000000	0,73479853	40,41
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,40
Compensação CIC Anual 2018			-2,65
Compensação FIC Trimestral 04/18			-0,27
TOTAL DA FATURA			41,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
193241	CAT	15/01/2019	12775,00	13/02/2019	12830,00	29	1,0000		55,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano kWh								
FEV 18 55						Geração de Energia	R\$ 12,82	31,72%
MAI 18 30						Transmissão	R\$ 1,30	4,70%
JUN 18 32						Distribuição (Celpe)	R\$ 6,88	22,00%
DEZ 18 32						Perdas de Energia	R\$ 2,80	6,99%
NOV 18 36						Energias Soterrâneas	R\$ 3,28	8,67%
OUT 18 34						Tributos	R\$ 11,71	28,04%
SET 18 43						Total	R\$ 48,41	100%
AGO 18 55						TAXAS APLICADAS		
JUL 18 54								0,52156000
JUN 18 54						RESTRITAÇÃO DE CONSUMO		
MAI 18 53								
ABR 18 56								
MAR 18 58								
FEV 18 60								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você, ligando para 0800-0000000 ou visitando nosso site: www.celpe.com.br. Para mais informações, consulte o site: www.celpe.com.br. Para mais informações, consulte o site: www.celpe.com.br. Para mais informações, consulte o site: www.celpe.com.br.

celpe
necenergia

1ª FASE: JANEIRO 2019
2ª FASE: FEVEREIRO 2019
3ª FASE: MARÇO 2019
4ª FASE: ABRIL 2019
5ª FASE: MAIO 2019
6ª FASE: JUNHO 2019
7ª FASE: JULHO 2019
8ª FASE: AGOSTO 2019
9ª FASE: SETEMBRO 2019
10ª FASE: OUTUBRO 2019
11ª FASE: NOVEMBRO 2019
12ª FASE: DEZEMBRO 2019

VALOR PAG: R\$ 41,88

DATA DE PAGAMENTO: 13/02/2019

VALOR EM DIEN: 12,5

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



FINANCIAMENTOS



0121 - CTC RECIFE PE PL11

ROBSON DA SILVA BEZERRA
R MANOEL SINUCA MULATINHO 64
S GERALDO ARCOVERDE - PE
56515-070

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT



7208288526191160000002324230160317

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação 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 Robson da Silva Bezerra

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.642.154 / 85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Maria dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.434.204-71

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Ana Maria dos Santos Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.434.204 / 71, 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>R: Manoel Simuca Mulatinho</u>	Número: <u>64</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>São Geraldo</u>	Cidade: <u>Aracaju</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>robsonayala@hotmail.com</u>	CEP: <u>56515-070</u>	Tel. (DDD): <u>(87) 9.9988-5158</u>

Local e Data: Aracaju - PE, 16-05-2019

x Robson da Silva Bezerra
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Priscila Justino de Oliveira,
 RG nº 9.020.996, data de expedição 01/06/10,
 Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 117.266.184-71, com
 domicílio na cidade de Tupanatinga, no Estado de
PE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Correla nº 01,
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Sra. Maria dos Santos Silva cujo o condutor era
José Alexandre de Oliveira.

Veículo: Ciclomotor
 Modelo: SHINERAY KY502 PHOENIX
 Ano: 2013/2014
 Placa: PCB 38-11
 Chassi: LKXKCBLOKE0635861
 Data do Acidente: 13-10-2017
 Local e Data: Tupanatinga-PE, 03-04-19.



Priscila Justino de Oliveira
 Assinatura do Declarante



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

JOSE FRANCISCO DA COSTA SILVA

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS - TUPANATINGA-PE
 Rua João Sá de Faria, 35 - Cam. - CEP: 55240-000 - Fone: (071) 3091-1233
 Serviço de Registro Civil e Notas
 Reconheço por autenticidade a firma indicada de
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA
 lançada em minha presença, Dou fé,
 Tupanatinga, 03 de abril de 2019 09:10:15.
 em testemunho da verdade
JOSE DE ARIMATEIA DOS SANTOS CAVALHO (SUSSTITUTO)
 Valor Total R\$ 4,66
 Válido somente com o selo 0076109 V.104201902.00028



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS - TUPANATINGA-PE
 Rua João Sá de Faria, 35 - Cam. - CEP: 55240-000 - Fone: (071) 3091-1233
 Serviço de Registro Civil e Notas
 Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JOSE FRANCISCO DA COSTA SILVA
 lançada em minha presença, Dou fé,
 Tupanatinga, 26 de julho de 2019 08:19:14.
 em testemunho da verdade
JOSE DE ARIMATEIA DOS SANTOS CAVALHO (SUSSTITUTO)
 Valor Total R\$ 4,66
 Válido somente com o selo 0076109 V.104201902.00028



PREFEITURA MUNICIPAL DE
TUPANATINGA
TEMPO DE VIVER UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE TUPANATINGA - PE / CNPJ 10.342.688/0001-41
Rua Alto São Felix, 185 Fone: (87)3856-1604 - (87)3856-1225.
E-mail: hospitaltupanatinga-direcao@hotmail.com

Declaração

Declaro para os devidos fins que em resposta a solicitação do
Sr. Amia Maria dos Santos Silva portador do CPF: 017.434.204-71
RG: 592752, neste município segue em anexo cópia do
livro de ocorrências da UMSC assinado e carimbado pela equipe
plantonista no referido dia.

Tupanatinga, 24 de 10 de 2017.


Reginaldo Rodrigues
Sec. Municipal de Saúde
01/2017 nº 205.534-02
Direção

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

no os setores limpos e organizados. As chaves da farmácia
 ECG com os profissionais do próximo plantão. 
 às 08:00 esperando ser recebida.

Christina Cavalcanti de Sousa
 Enfermeira
 COREN-PE 355856

Plantão 24h

16/10/17

Equipe: Dr. Edilson / Téc. Allan / Téc. Lucivone + Danielly + Leda +
 Ana Clara + Paula + Acácia.

Adaptação

Archeo plantão com setores limpos e organizados; Encontro
 do paciente interno e externo em observação p/ reavaliação;
 Atendimento ambulatorial interno;
 Não houve intercorrência durante o período;
 Deveres de higiene e ponto enfatizado em seus apre-
 tivos livros;
 Para plantão as enfermeiras Rafael juntamente com
 chaves; Deixou 02 internos e 1 para reavaliação.

Dr. Allan Carlos dos S. Silva
 ENFERMEIRO OBSTETRA
 COREN-PE 213265

Plantão 24h

17/10/17

Equipe: Médica Dr. Ricardo

Enfermeiros: Rafael / Carlos

Téc. inf: M: Carlos, M: dos Santos, Luana Cunha
 Cristiane Cavalcanti: Archeo plantão com
 postura de atestado, reparte da sala de parto
 Paula.

Archeo e plantão com setores limpos e organizados.
 paciente no ser reavaliados, assim já foi encaminhado
 a porta da farmácia Cristiane.

Um entrada às 11:52 a paciente M: Rosivânia dos
 Santos com acompanhamento do ps. l. onde foi
 pedido a Samba de Transferência de número
 5278 975. p/ Arcondi p/ avaliação do

Obsteto pois a mesma não tem acesso
o BCF não há presença que o feto inexist
a mesma se recusou a ir, com um tempo
antes de ser registrado. Aos 14:57. que a mesma
se recusou a ir até retornar a unidade às 19:00 horas
para ser examinada, foi internada avaliada
e liberada.

Das plantas com 1 interna com os restos
limpos e organizados, com a equipe no hospital
todas voltaram da transferência.

Paciente Antônia foi tomada com a esposa e filhos do
barracão de churrasco de sala de parto com Paulo

Em outro ^{Rafael Campos Dias} 15 horas Ana Maria dos Santos Silva com
fatura no ^{Enfermeiro} COREN-PE 398432 15. vítima de acidente de moto.

Plantão 24 hs 18.10.17

Equipe: Médico: Magalhães

Enfer. Christina Cavalcanti

Téc. Enfer. Rurika Lima, Jocyfa Barros, Amélia 24 / Fabiana
Cavalcanti (Atestado médico) Eliane Alves, Valdelice.

Recebo o Plantão com os restos limpos e organizados.

Plantão calmo sem intercorrências. Apenas atendimento
ambulatório. Às 02:50 deu entrada gestante Ana Maria constante
suscetível no povoado Morco, Limbimimim, apresentando dor em
baixo ventre. Ao exame apresenta S/G com de dilatação de colo
uterino. BCF 145 bpm, PA: 140x100 mmHg. Às 05:50 evolui para par
normal, sendo preenchida a DNV de número 30-76602431-0, não
foi preenchido cartão de vacina, pois não tem p/ o sexo feminino.
(na sala de parto). Deixou 04 DNVs preenchidas e 03 DO's em branco,
01 paciente em CMM, 01 em observação e ras demais clínicas
sem intercorrências. Obs. Parto discutido em livro de relatório de
enferrmagem, pois não temos livro de alojamento conjunto. Deixou o
plantão às 08:00 hs aguardando ser avaliada.

^{Enfermeira}
Christina Cavalcanti da S. Sousa
Enfermeira
COREN-PE 355856

0303440227
Ana Maria dos Santos Silva



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>Ana Maria dos Santos Silva</u>		Ficha nº: <u>03</u>
Sexo: <u>F</u>	Idade: <u>58</u>	Data: <u>18/10/2017</u>
Data de nascimento: <u>01/12/1958</u>	Cor: <u>Parda</u>	Hora: <u>8h59</u>
Profissão: <u>Agricultora</u>	Estado Civil: <u>Viúva</u>	CPF: <u>017.434.204-71</u>
Endereço: <u>Sítio Canela</u>	Tel.: <u></u>	RG: <u>592752</u>
Bairro: <u>Fazenda Rural</u>	Município: <u>Limoeiro</u>	CEP: <u>5440000</u>
Naturalidade: <u>São Miguel das Camarás/AL</u>	CNS: <u>700 0014 3403 5705</u>	Nº <u>578</u>
Escolaridade: <u>Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()</u>		
Filiação: <u>Maria Eunice da Conceição</u>	Tel.: <u>81 655509</u>	
Acompanhante: <u>Vanessa (viúva)</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>Vanessa</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		
Bombeiro () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()
Ambulância () Auto ()	Senha: <u></u>	UPA () PSF ()
Moto () Outros: <u>Letreiro</u>	Outros ()	
PA: <u>150x600</u>	HGT: <u></u>	TEMP: <u></u>
FR: <u></u>	Peso: <u></u>	FC: <u></u>
Alérgico: <u>Dipirona</u>		
SATO2: <u></u>		

Antecedentes Pessoais/Familiares:

Uso de Medicamentos:

Situação/Queixa Principal: Queixa de dor no peito e no abdômen

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
() Febre	() Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	() Vermelho
() Vômitos	() Confusão Mental	() Cirurgião	() Amarelo
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	() Ortopedista	() Verde
() Fadiga	() Taquicardia	() Pediatra	() Azul
() Cefaléia	() Paraestesia e/ou paralisia	() Serviço Social	
() Tontura	() Tosse	() Outros: <u></u>	
() Convulsão	() Dor local		
() Desmaio	() Queixa urinária		
() Sangramento	() Outras Queixas: <u></u>		

Assinatura do Enfermeiro: Rafael Campos Dias
Enfermeiro
COREN/PE 398432

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):

Dor de início súbito no dorso e no abdômen

12 de Antecedentes

2 - Hipótese Diagnóstica:

Hipótese de cálculo distal na

3 - Exames Solicitados:

Coeficiente Bilateral

Assinatura e identificação do Médico
Dr. Arthur
Cirurgião
CRM: 16764
R. 1001

Edição 8. 1998
Max. 230.000.0
Vigência 6/2018

11/12/12 - 16 us 02

57 Amputada. M. L. u

funo. unhas pro

Referencia 08/15/01/18

812.0 - 0 14

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

15/01/13 49 us. 30

trabada p. v

trabada p. v

o f. n. t. v

h. t. v. p. m. l. u

Referencia 05/03/12

11 4 45

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

05/03/12. M. L. u. 12 45/12

funo. unhas pro

Referencia 08/15/01/18

812.0 - 0 14

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

01/05/12 - 62

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980



HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

1.º Vulto MT. Uniao

pac. Marcos dos Santos 24
54 anos. Que o filho
fractura do 5º com estalido
Dado - Cx. 5. 506, 160 cm
80. 70 mm. An. 1155 54/30 -
família. 1.º Vulto para fratura
no 4.º dedo. 10/05/13
a 9/15 em 1.º Vulto

05/05/13

João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980

Dr. Fred Veras
Reumatologista
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

Ana Maria dos Santos Silva

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia 17 de outubro de 2017 em estrada vicinal de Tupanatinga – PE deu entrada no Hospital Municipal local e transferido para Hospital Jesus Pequenino – Bezerros – PE onde recebeu atendimento médico para reduções cirúrgicas de fraturas dos dedos da mão D recebendo alta hospitalar 27 de outubro de 2017 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 07 de maio de 2018.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fraturas na mão D com semi rigidezes articulares e perda de 60% para flexão e 30% para extensão II- IV – V - QD edema regional + e déficit de 20% para flexão dorsal 15% para flexão palmar e 15% para as rotações do punho D características por longo tempo de imobilização.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 12 de abril de 2019



Dr. Fred Veras
Reumatologista-Ortopedista
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE MARIO PEDRO DOS SANTOS



Polegar Direito

Ana Maria dos Santos Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
017.434.204-71

Nome
ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

Nascimento
01/12/1958

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

592752 15/12/2008

ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

MARIA ERNESTINA DA CONCEIÇÃO
NATURALIDADE
SÃO MIGUEL DOS CAMPOS - AL

CERTIDÃO CAS 5673 FLS 273 LIV B 14
MACIÓ - AL

2 VIA

DEL. KEIMANN VIEIRA DE OLIVEIRA
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

DATA DO NASCIMENTO
01/12/1958

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

CÓDIGO DE CONTROLE
067B.9080.8B7B.44F8

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 19:23:09 do dia 03/02/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802120121
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1075220677 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA

TUPANATINGA-PE

CPF / CNPJ
117.266.184-71

PLACA
PCB3811

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI
1XYXCBL0XE0635861

ESPECIE TIPO
PAS / CICLOMOTOR

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL
2P/49CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

1ª *****
2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 15.43 IOF (R\$) 0.07 PRÊMIO TOTAL (R\$) 19.65 DATA DE PAGAMENTO 11/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
PAGAMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TUPANATINGA-PE 12/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802120121 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PRISCILA JUSTINO DE OLIVEIRA

SITIO CANELA S/N

56540-000

CASA ZONA RURAL TUPANATINGA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 12/02/19

VIA 1 CPF / CNPJ 117.266.184-71

PLACA PCB3811

RENAVAM 1075220677

MARCA / MODELO I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

ANO FAB. 2013

DATA 08

Nº CHASSI 1XYXCBL0XE0635861

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) 6.94

DENATRAN (R\$) 0.77

CUSTO DO SEGURO (R\$) 7.72

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.07

TOTAL PRÊMIOS OBRIGATORIOS 19.65

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 11/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO.

Contato Para Priscila:

(87) 9.9988-5158

(87) 9.9243-8886.

EXCELSIOR SEGUROS

24 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

Robson Bezerra

R: Manoel Simuca Mulatinho

Nº 64

Centro: Arcoverde - PE

CEP: 56515-070.

Excelsior Seguros

Av: Marquês de Olinda

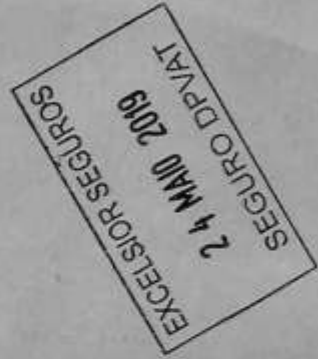
N: 175

Recife Antigo

EP: 50030-000



	REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) weight
Recebedor	☒ AR ☐ MP	
Assinatura	Doc.	
JT 63716117 0 BR		



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ana Maria dos Santos Silva, brasileiro(a),
estado civil Viúva, profissão Agricultora, CI, RG nº
592752505/A CPF/ME nº 017.434.204-71 residente e domiciliado(a)
à Rua Sítio Comela Nº 770 Cidade de
Tupamatinga Estado PE CEP:
56540-000 telefone 11

OUTORGADO: Robson da Silva Bezerra CNPJ/CPF 045.642.154-85
soc o nº CPP com endereço profissional
R: Momel Sinuca Mulatinho nº 64 no cidade de
Aracundi Estado de PE

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

EXCELSIOR SEGUROS
24 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

Tupamatinga PE 03 de Abril de 20 19.



Ana Maria dos Santos Silva
OUTORGANTE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS - TUPAMATINGA-PE
Rua Alfo São Felix, 35 - Centro - CEP: 56540-000 - Fone: (87) 2856-1120
Tabela: Obita Alves dos Santos Carvalho / Iustitiae: José do Carmo dos S. Carvalho
Serviço de Registro Civil e Notas
Reconheço por autenticidade a Firma Indicação de
ANA MARIA DOS SANTOS SILVA
lançada em minha presença, Dou fe.
Tupamatinga, 03 de abril de 2019 09:44:42.
Em testemunho
JOSE DE ARIMATEIA DOS SANTOS CARVALHO (SUBSTITUTO)
da verdade
Valor Total R\$ 4,66
Válido somente com o selo 0076109, QVED0201902, 00025



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175789/19

Número do Sinistro: 3190343265

Vítima: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 017.434.204-71

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA MARIA DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ROBSON DA SILVA BEZERRA : 045.642.154-85

Comprovante de residência

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: 08/08/2019
Nome: ROBSON DA SILVA BEZERRA
CPF: 045.642.154-85

ROBSON DA SILVA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA