

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDINA DALVA DA SILVA GALVAO**

Nº Sinistro: **3180539664**

Vítima: **EDINA DALVA DA SILVA GALVAO**

Data do Acidente: **20/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180539664**.

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**

Carta nº 13609034



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 038.755.154-98 Nome completo da vítima: Edina Dalva da Silva Galvão  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: Edina Dalva da Silva Galvão CPF: 038.755.154-98  
 Profissão: De lar Endereço: Rua Liban Mendes Número: 298 Complemento: A  
 Bairro: Centro Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900-000  
 E-mail: edina.galvao@gmail.com Telefone: (81) 3606-3771

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\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 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: 0774 CONTA: 32.521 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 da 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 acima, 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 6.124/74, 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) ☐ Divorçado ☐ Seporado 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: Goiana-PE 14.11.18  
 Nome: Edina Dalva da Silva Galvão  
 CPF: 038.755.154-98  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO:  
Edina Dalva da Silva Galvão  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C  
 Boa Vista - CEP 50.063-010  
 RECIFE-PE

(\*) 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.



AUTO-ATENDIMENTO - AO GOIANA

DATA: 07/11/2018

HORA: 09:22:59

TERMINAL: 07741491

CONTROLE: 077414910220

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA

CONTA: 013.00032921-0

CLIENTE: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA

01/11

VALOR

0,00

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ª OIRC  
DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134003778**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/11/2018** às **10:50**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **20/6/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, RUA VILA ZEZITA - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO BAR**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
EDILANDO DA SILVA MENDES (OUTRO)  
EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ALICE FERNANDES DA SILVA** Pai: **ANTONIO INOCENCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **7/12/1958** Naturalidade: **COLATINA / ESPIRITO SANTO / BRASIL** Documentos: **107318305/SSP/RJ (RG)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 281, RUA GILVAN MENEZES, NOVA GOIANA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A FEIRINHA**

**EDILANDO DA SILVA MENDES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLUCE FRANCISCA DA SILVA MENDES** Pai: **ANTONIO SEVERINO MENDES** Data de Nascimento: **25/1/1984** Naturalidade: **ITAMBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7594108/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 198, RUA GILVAN MENEZES, NOVA GOIANA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A FEIRINHA**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

01/11/2018 10:44

**OBJETO 01 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDILANDO DA SILVA MENDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILANDO DA SILVA MENDES**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC9696** (PERNAMBUCO/GOIANA) Renavam: **535018177** Chassi: **9C2KC1670DR02723**  
 Descrição: **HONDA/CG 150 FAN ESI**

Complemento / Observação

**AFIRMA O CONDUTOR QUE ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA NO DIA AQUI MENCIONADO NAS IMEDIAÇÕES DO COLEGIO IV CENTENARIO QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA VINHA EM DIREÇÃO CONTRÁRIA E PARA EVITAR O CHOQUE, TENTOU SE DESVENCILHAR/DESVIAR VINDO A CAIR AO CHÃO, ESCLARECE QUE A PESSOA DE EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO ESTAVA NA GARUPA, A QUAL SOFREU LESÕES E FOI ATENDIDA NO HOSPITAL BELARMINO CORREIA, CONFORME FICHA HOSPITALAR, APÓS O ATENDIMENTO NO DIA SEGUINTE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS A ACRESCENTAR, ENCERRO O PRESENTE REGISTRO DE OCORRÊNCIA.**

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

*Edina Dalva da Silva Galvão*  
**EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO**  
**(VITIMA)**  
*Edilando da Silva Mendes*  
**EDILANDO DA SILVA MENDES**  
**(OUTRO)**

Registado por: **STEFANO VILARIM DE MATTOS** - Matrícula: **221037-1**



**05.802.494/0001-41**  
**TRAÇÃO CORRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**  
 16/11/2019  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C  
 Boa Vista - CEP- 50.060-010  
 RECIFE-PE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 038.755.154-98 Nome completo da vítima: Edina Dalva da Silva Galvão

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

Nome completo: Edina Dalva da Silva Galvão CPF: 038.755.154-98  
 Profissão: De lar Endereço: Rua Gibran Meneses Número: 298 Complemento: A  
 Bairro: Centro Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900-000  
 E-mail: edina.galvao@gmail.com Tel. (DDD): (81) 3686-344

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 OPCÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)  
☐ Itaú (341) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0774 CONTA: 32521 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 da 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Goiana-PE 14.11.18  
 Nome: Edina Dalva da Silva Galvão  
 CPF: 038.755.154-98

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 Assinatura DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, 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.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES  
HOSPITAL BELARMINO CORRÊIA

HBC

Registro: 15728 Data e Hora de Atendimento: 20/06/2018 21:18 Pronto-socorro Local: Pronto-socorro Integrado Local de Entrada: Emergência Clínica Médica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 50094 EDINA DALVA SILVA GALVAO Registro SUS: 200629567300000  
Nascimento: 07/12/1958 Idade: 59 Sexo: Feminino Cor: Parda  
Estado Civil: Casado(a) Profissão: DO LAR Naturalidade: GOIANA-PE Nacionalidade: BR  
Documento de Identidade: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA  
Filiação: ALICE FERNANDES DA SILVA  
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA GILVAN MESESE, S/N  
Bairro: NOVA GOIANA Cidade: GOIANA Complemento:  
Acompanhante: A MESMA UF: PE Telefone: 081994110733  
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: VIA PÚBLICA Meio de Transporte: Carro

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO vejo alergia

Queixa principal: vejo alergia  
Febre ( ) Vômito ( ) Dificuldade de respirar ( ) Tosse ( )  
Taquicardia ( ) Convulsão ( ) Desmaio ( ) Tonturas ( ) Fraqueza ( ) Confusão ( )  
Fadiga ( ) Distúrbios visuais ( ) Parêstesia e/ou Paralisia de parte do corpo ( )  
( ) Dor Local vejo de acidente de trânsito  
( ) Queixa urinária edema e dor em tornozelo  
( ) Sangramento Local UZO  
( ) Outras queixas: \_\_\_\_\_

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos  
( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Problemas cardíacos ( ) Asma / Bronquite ( ) Alergias  
( ) Tuberculose ( ) Convulsão ( ) Tabagismo ( ) Enfisema ( ) Alcoolismo ( ) A.V.C.  
( ) Outros: \_\_\_\_\_  
( ) Uso de medicamentos: Hormônio, insulina

Sinais Vitais  
P.A. 100 x 60 mmHg Tm \_\_\_\_\_ °C Pm \_\_\_\_\_ bpm F.R.m \_\_\_\_\_  
05.802-494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA  
16 NOV 2018

Exames Diagnósticos auxiliares  
( ) Hemograma 253 mg/dl

Encaminhamentos  
☒ Clínica Geral  
( ) Pediatria  
( ) Cirurgião  
( ) Ortopedista  
( ) Serviço Social  
( ) Maternidade  
( ) Enfermagem  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Classificação: 1  
Ass. Enfermagem

Exame Físico: PE/TO/NOZEL/PRATUA 1  
Hipótese diagnóstica / conduta COMUT. PE/TO/NOZEL/PRATUA 1  
CID 10 AGUARDAR  
Dr. Carlos Alberto  
Ortopedia / Traumatologia  
1997-15101-22

# 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: 28/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO

BANCO: 104

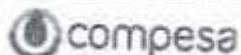
AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000032521-0

---

Nr. da Autenticação A6118B4F4FDC372D





CNPJ 09.769.038/0001-84  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUM. - S/N - CENTRO GOI  
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE  
EDILANDO DA SILVA MENDES MATRÍCULA: 187376350 01/1/2018  
R. GILVAN MENEZES, N. 0298A - CASA DE CERAMICA BRANCA - CENTRO  
GOIANA PE 55900-000  
INSCRIÇÃO: 062.875.350.0028.000 GRUPO: 8 DEB. AUTOMÁTICO: 187376350

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL				
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/N)	TIPO DE CONSUMO (M/N)	TIPO DE CONSUMO (A/N)
NÃO MEDIDO					

ÁGUA:  
LEIT. ANT: CONSUMO: 10  
LEIT. ATU:  
LEIT. FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO
09/2018	10
05/2018	10
07/2018	10
06/2018	10
05/2018	10
04/2018	10
MEDIA:	10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEIS
TURBIDEZ	44	45	45
COR APARENTE	44	45	45
CLORO RESIDUAL	44	45	44
COLIF. TOTAIS	44	45	44
E. COLI	44	45	45

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS: AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL, 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 10	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2018		8,83

TAXAS	BASE IN CALEND	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PM	41,30	1,05	6,66
CONTA	41,30	7,68	3,14

VENCIMENTO: 15/11/2018

TOTAL A PAGAR: 42,13

MENSAGEM:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



42.80000000-0 42.13000000

VENCIMENTO: 15/11/2018



ATENDIMENTO: 0800 08 10 10  
VIA: 0800 08 10 10



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme M. de Lencastre inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324/65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edina Dália da Silva Galvão inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.755.154/98 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Edina Dália da Silva Galvão inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.755.154/98, 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 Duque de Caxias</u>		Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55900-000</u>
E-mail: <u>arbelisberia.goiana@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD): <u>(81) 3626-3771</u>	Telefone celular (DDD): <u>(81) 9.9808-6287</u>

Goiana 14 de Novembro de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilando da Silva Mendes,  
CNH  
RG nº 05984994558, data de expedição 27/01/14,  
Órgão Detran/PE, portador do CPF nº 080.419.214-69, com  
domicílio na cidade de Goiana, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Gilvan Minzses, nº 298,  
complemento A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Edina Dalva da Silva Gato, cujo o condutor era  
Edilando da Silva Mendes.

Veículo: motocicleta  
Modelo: honda cg 150 fan esi  
Ano: 2013  
Placa: PGC 9698  
Chassi: 902KE1670DR026723  
Data do Acidente: 20.06.18  
Local e Data: Goiana 01.11.18

Edilando da Silva Mendes  
Assinatura do Declarante

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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA  
RUA DA MANOEL BOKAL, Nº 88, CENTRO - GOIANA/PE - CEP: 55.800-000  
TEL: (011) 2229-2916 - E-MAIL: notario@notario.com.br - FONE: (011) 400-700001-49

Reconheço, por Autenticidade a firma de: EDILANDO DA SILVA MENDES,  
doc. fé. Goiana/PE 01/11/2018 09:25:43 Empl:3,59; TDF:0,00;  
FHC:0,40; TOTAL: 4,79. CP:110, Selo digital nº  
0073565.UE009201801.016536: Monica  
DE L. D. C. TORRES SUBSTITUTA Consulte autenticidade em  
"www.tipe.jus.br/selodigital"



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES  
HOSPITAL BELARMINO CORRÊA

HBC

Registro: 15728 Data e Hora de Atendimento: 20/06/2018 21:18 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Clínica Médica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:  
Paciente: 50094 EDINA DALVA SILVA GALVAO  
Nascimento: 07/12/1955 Idade: 59  
Estado Civil: Casado(a) Profissão: DO LAR Sexo: Feminino  
Documento de Identidade: Filiação: ANTANIO FRANCISCO DA SILVA Naturalidade: GOIANA-PE Nacionalidade: BR  
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA GILVAN MENESE, S/N  
Bairro: NOVA GOIANA Cidade: GOIANA Complemento:  
Acompanhante: A MESMA UF: PE Telefone: 081994110733  
Motivo da Consulta: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Aut. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Precedência: VIA PÚBLICA Avaliação da Enfermagem / Acolhimento: Meio de Transporte: Carro

Queixa principal: neg. alergia  
Febre ( ) Vômito ( ) Dificuldade de respirar ( ) Tosse ( )  
Taquicardia ( ) Convulsão ( ) Desmaio ( ) Tonturas ( ) Fraqueza ( ) Confusão ( )  
Fadiga ( ) Distúrbios visuais ( ) Parêstesia e/ou Paralisia de parte do corpo ( )  
( ) Dor Local última de acidente de trânsito  
( ) Queixa urinária edema e dor em tornozelo  
( ) Sangramento, Local UZO  
( ) Outras queixas:

Encaminhamentos  
☒ Clínica Geral  
( ) Pediatra  
( ) Cirurgião  
( ) Ortopedista  
( ) Serviço Social  
( ) Maternidade  
( ) Enfermagem  
( ) Outros:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos  
( ) Hipertensão ☒ Diabetes ( ) Problemas cardíacos ( ) Asma Bronquite ( ) Alergias  
( ) Tuberculose ( ) Convulsão ( ) Tabagismo ( ) Enfisema ( ) Alcoolismo ( ) A.V.C  
( ) Outros:  
( ) Uso de medicamentos: Uiformina, insulina

Classificação:  
1  
Verges Oliveira, Sônia Pires  
Enfermeira COREN 11517-AS  
Ass. Enfermagem

Sinais Vitais  
PA: 100 x 60 mmHg Tm: °C Pm: bpm F.R.m:  
Exames Diagnósticos auxiliares  
Glicemia Capilar: 253 mg/dl

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
16 NOV 2018

Exame físico: (QP) / Histórico da doença (HDA)

Exame físico: Peso: kg  
PE DIRETO  
ENTORSE TO 4 MOZES L E

Hipótese diagnóstica / conduta: CONTUS. PE/TORNOZELO/PUNHA 1

Local de Atendimento: GOIANA-PE - 210  
Data: 20/06/2018 Hora: 21:18  
Assinatura: AGUIAR  
Dr. Carlos Alberto  
Ortopedia / Traumatologia  
- 2007 2202



Continuação ...

TAU TIPO BOTA

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PE 6502-41

22:10

TRAMAL 400mg + 100ml H<sub>2</sub>O + 10ml

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PE 6502-41

h 21:40 Remoção gesso imobilização

José Sivaldo Gomes de Lima  
Téc. de Imob. Ortopédica  
MT. 254.055-2

Evolução Enfermagem ....

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Hospital:

Senha:

Admissão: 20/06/2018 21:19:03 JOSENETE

Impressão: 20/06/2018 21:20:25 JOSENETE

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

Médico - CRM TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Edina Dalva da Silva Galvão</i>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>50 anos</i>	SEXO <i>MASC</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>
DATA DE ADMISSÃO <i>21/06/2018</i>		DATA DE ALTA <i>07/07/2018</i>	
AGNÓSTICO INICIAL		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
AGNÓSTICO DEFINITIVO		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS		S82.5 + S82.6	

PRINCIPAIS EXAMES	
<i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e Medial</i>	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	
ANATOMIA PATOLÓGICA	
COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO	
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA	
CONDIÇÕES DE ALTA	
(X) MELHORADO	( ) REMOVIDO
ÓBITO	
( ) A PEDIDO	
( ) CURADO	
( )	

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPOSIÇÃO)

*Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral e medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15 dias**.  
Retorno às atividades sem esforço físico em **30 dias**.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45 dias** e com esforço maior em **90 dias**.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *Ciprofloxacina e Profenid*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21 dias**.  
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21 dias** para revisão. (DR. ALISON + DR. ROBERTO)

*ALMEIDA*

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE ASS. MÉDICOS C.R.M.

*07.07.2018*

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



### CARTÃO DE RETORNO

Paciente: *Edina Dalva da silva Galvão*  
Médico: *DR. ALISON + DR ROBERTO ALMEIDA.*  
Data 1º atendimento: *21/06/2018*  
HD: *Fratura do Maléolo Lateral e Medial do tornozelo*  
CD: *Tto CIRURGICO*

#### RETORNOS

DATA	HORA	ASSINATURA
------	------	------------

Agendar 1º retorno com 7 dias OU MAIS PROXIMO

*30/07/18*

*08:30*

*[Signature]*

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/06/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/06/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Edino Dalvo Silva Galvão	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: fratura trimaléolar do tornozelo direito	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento cirúrgico - osteossíntese do tornozelo com placa, parafusos e fio. em 07/07/18. - não realizou fisioterapia por falta de vaga	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, edema e atrofia muscular
2º no tornozelo e antebraço direito.
3º Déficit de força e flexo-extensão do
4º tornozelo com perda funcional de
5º 50% no tornozelo dir.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 06/07/18 A 13/11/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Goiânia - PE	DATA 13/11/18
ASSINATURA E CARIMBO	

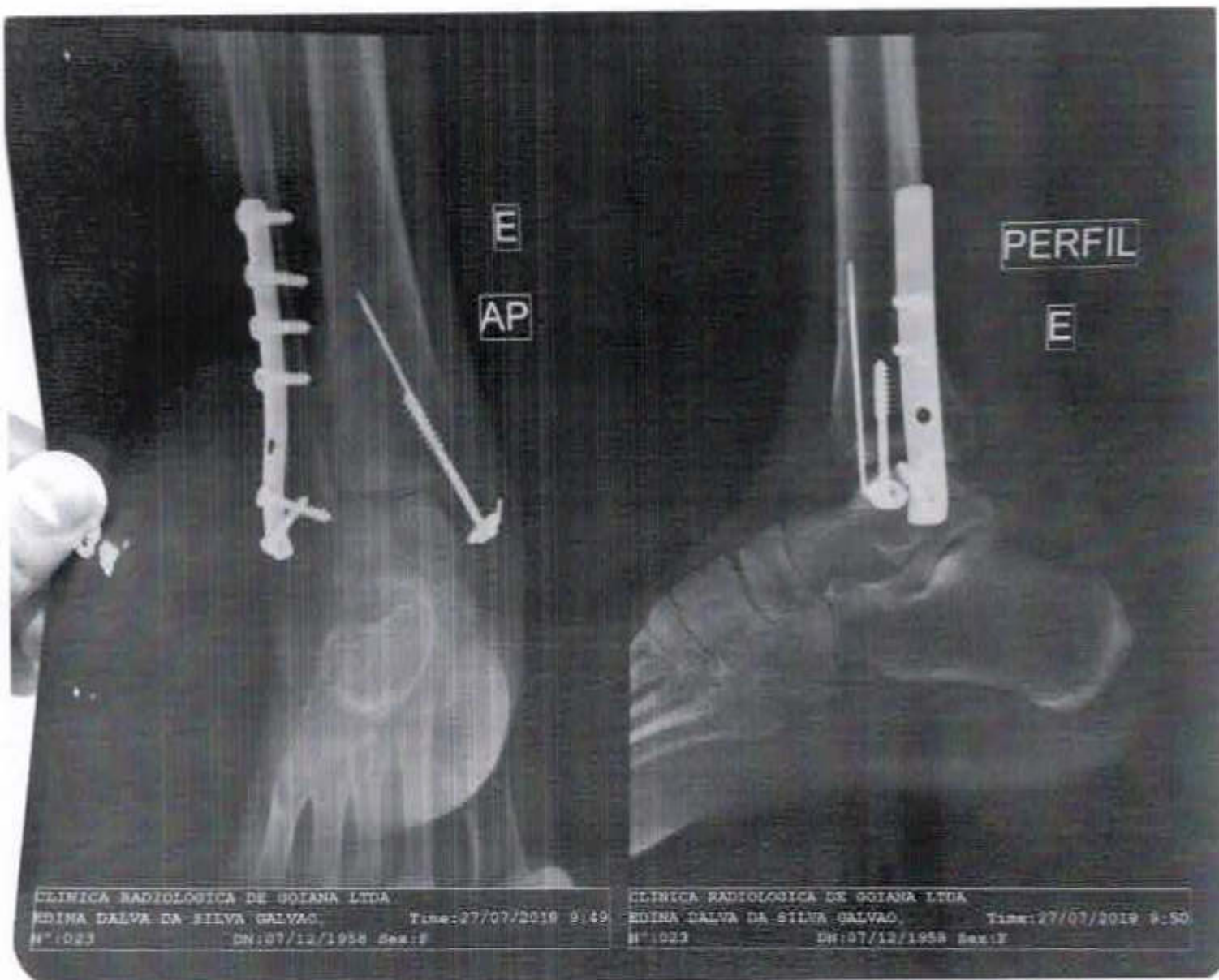
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

Carimbo circular com o nome "Vitoria" e data "13/11/2018".





05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

15-11-11

DP: 07.1258

Edina

№ 83

<input type="checkbox"/> CRÂNIO	<input type="checkbox"/> COLUNA DORSAL AP/t
<input type="checkbox"/> SEIOS DA FACE	<input type="checkbox"/> COLUNA LOMBAR AP/
<input type="checkbox"/> COLUNA CERVICAL AP/P	<input type="checkbox"/> BACIA
<input type="checkbox"/> TÓRAX PA	<input type="checkbox"/> QUADRIL_____AP/P
<input type="checkbox"/> OMBRO_____AP/P	<input type="checkbox"/> COXA_____AP/P
<input type="checkbox"/> BRAÇO_____AP/P	<input type="checkbox"/> JOELHO_____AP/P
<input type="checkbox"/> COTOVELO_____AP/P	<input type="checkbox"/> PERNA_____AP/P
<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO_____AP/P	<input checked="" type="checkbox"/> <del>TORNOZELO</del> 2_____AP/F
<input type="checkbox"/> PUNHO_____AP/P	<input type="checkbox"/> PÉ_____AP/O
<input type="checkbox"/> MÃO_____AP/O	<input type="checkbox"/> CALCÂNEO_____P/AXIAL

Dr. Alisson F. Vignatti  
Médico - CRM

Goiana,               

Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Picante, 8/N - Orleans/PE.  
E-mail: [hospbelarmino@ig.com.br](mailto:hospbelarmino@ig.com.br) Fone: (081)3626-3641

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

TÍTULO 10791830-5 DATA 02/08/83

NOME EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO

ANTÔNIO INOCÊNCIO DA SILVA

ARICE FERNANDES DA SILVA

ESPIRITO SANTO DATA DE CASAMENTO 07/12/1959

DOC. CIVIL C. CASM LIV 29981 FLS 198

TERM 7198 C 12 RIO DE JANEIRO RJ

081

LEI N° 116 DE 24/06/53

05.802.494/0001-4  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

16 MAR 1984

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP 50.060-010  
 RECIFE-PE

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180539664 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDINA DALVA DA SILVA GALVAO **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 26/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Edina Dalva da Silva Galvão  
RG/CNH/CTPS: 10731830-5 CPF: 038.755.454.98  
Profissão: Idosa  
Estado Civil: Viúva  
End: Rua Gilvan Menezes, 298 A, Nova Goiana

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.  
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65  
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Edina Dalva da Silva Galvão

Goiana 01 de Novembro de 2018

Edina Dalva da Silva Galvão  
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA  
RUA DA MANOEL BOMBA, Nº 83, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000  
TEL: (31) 3123.0313 - 0800 400 000 0000

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: EDINA DALVA DA SILVA GALVÃO, dou fé. Goiana/PE 01/11/2018 09:34:40 Empl: 3,59; 19R\$0,80;  
FEECHO, 40; TOTAL: 4,79. CF. 110. Selo digital nº  
0073385.11F09201901.01660. Mônica Maria  
DE L. B. C. TEPES SUBSTITUTA Consulte autenticidade em  
"www.pe.jus.br/selodigital"



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416136/18

**Vítima:** EDINA DALVA DA SILVA GALVAO

**CPF:** 038.755.154-98

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 20/06/2018

**Titular do CPF:** EDINA DALVA DA SILVA GALVAO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

### EDINA DALVA DA SILVA GALVAO : 038.755.154-98

Autorização de pagamento  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/11/2018  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018  
Nome: Jose Soares da Silva Filho  
CPF: 194.764.344-49

\_\_\_\_\_  
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

\_\_\_\_\_  
Jose Soares da Silva Filho