



Número: **0067817-49.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDINA DALVA DA SILVA GALVAO (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71444604	23/11/2020 14:34	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Pag. 01249/01250 - carta_01 - INVALIDEZ



00010625





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:

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:

Des. lar

Endereço:

Rua Libânio Menezes

Número:

298

Complemento:

A

Bairro:

Centro

Cidade:

Goiana

Estado:

PE

CEP:

55900-000

E-mail:

edina.dalva@gmail.com

Telefone:

(31) 3606-3771

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\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$9.000,00

☐ 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 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)

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 6.194/74, 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Sepado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu 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 (ou nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Vivos:

Replecidos:

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 ROSTO

Edina Dalva da Silva Galvão

Assinatura da vítima/beneficiário (declarando)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2ª Nome:

CPF:

16.11.2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não se liberta de dever escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018



AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIANA
DATA: 07/11/2018 HORA: 08:22:59
TERMINAL: 07741491 CONTROLE: 077414910220

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA
CONTA: 013.00032521-8
CLIENTE: EDINA DALVA DA SILVA GALVAO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE	VALOR
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012	
DATA	
01/11	0,00

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

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 (VÍTIMA)

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

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

16 NOV 2018

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

01/11/2018 10:46



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: **PGC9698** (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: *[Assinatura]* **STEFANO VILARIM DE MATTOS** - Matrícula: **221037-1**



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

01/11/2018 10:46





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAA (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: Do lar Endereço: Rua Eriberto Menezes Número: 298 Complemento: A
Bairro: Centro Cidade: Goiânia Estado: GO CEP: 75.000-000
E-mail: edina.dalva@gmail.com Tel (DDD): (61) 3606-3771

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

RENDIA MENSAL:
☒ RECLUSO 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 citados. 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: 32521 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Sou 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 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: Goiânia - PE 14.11.18
Nome: Edina Dalva da Silva Galvão
CPF: 038.755.154-98

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2ª Nome: _____

CPF: _____

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

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deve 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.

FPS-001 V001/2018



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 Prontuário Local: Prontuário 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 MENESE, S/N Complemento:
Bairro: NOVA GOIANA Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 081994110733
Acompanhante: A MESMA
Motivo da consulta: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Aut. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: VIA PÚBLICA Meio de Transporte: Carro

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOlhIMENTO Urgência

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

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

Classificação:
Urgência
Ass. Enfermagem

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

Sinais Vitais
P.A. 100 x 60 mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____
Exames Diagnósticos auxiliares
Glicemia Capilar 253 mg/dl
CÓDIGO MÉDICO
05.802-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
18 NOV 2018

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Urgência de acidente de trânsito

Exame Físico: Peso: _____ kg ENTONTOZEL TO 4 MOZES L E

Hipótese diagnóstica / conduta COMUT. PE/TORNTOZEL/punhura 1

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CID 10: AGUARDAR
Dr. Carlos Alberto M. Ortopedia / Traumatologia

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

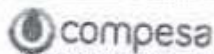
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000032521-0

Nr. da Autenticação A6118B4F4FDC372D





CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATELAMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - HUM. - S/N - CENTRO GOI
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE
EDILANDO DA SILVA MENDES MATRICULA: 187376350 Out/2018
R GILVAN MENEZES, N. 0298A - CASA DE CERAMICA BRANCA - CENTRO
GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 082.475.350.0028.000 GRUPO: 8 DEB. AUTOMATICO: 187376350

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL A	TIPO DE DONEIRO (A/E) N MEDIDO
HIDRÔMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE DONEIRO (A/E) N MEDIDO

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018 10
05/2018 10
07/2018 10
06/2018 10
05/2018 10
04/2018 10
MÉDIA: 10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS.
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.compessa.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 M3	41,30

MULTA P/IMPONIBILIDADE 09/2018		0,83
--------------------------------	--	------

INDICADOR	DATA DE CANCELAMENTO	PERCENTUAL (%)	VALOR POR IMPONIBILIDADE
MS	41,30	1,65	0,68
CONSUMO	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/11/2018

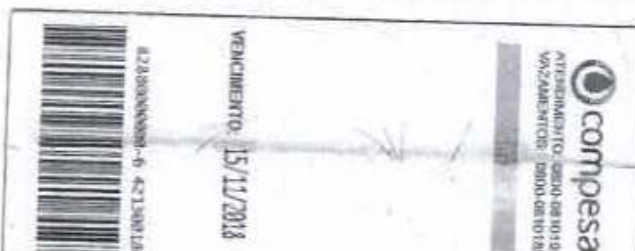
TOTAL A PAGAR: 42,13

MESSAGEM:

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 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 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, João Guilherme M. da Lameira, inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324/65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edina Dalva da Silva Galvão, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.759.154/98, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Edina Dalva da Silva Galvão, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.759.154/98, 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>ND</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>Pe</u>	CEP: <u>55900-000</u>
E-mail: <u>antoniya.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 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

DLDR1.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilando da Silva Mendes,
CNH RG nº 05984994558, data de expedição 27/01/14,
Orgão 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 Menezes, 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 Gatra, cujo o condutor era
Edilando da Silva Mendes.

Veículo: motocicleta
Modelo: honda cg 150 fan esi
Ano: 2013
Placa: PGC 9698
Chassi: 982 K21670DR026 723
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 BOKA, Nº 88, CENTRO - GOIANA/PE - CEP: 55.900-000
TEL: (81) 3333-2518 - E-MAIL: [e-mail] - CNPJ: 11.489.700/0001-49

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: EDILANDO DA SILVA MENDES,
doc. té. Goiana/PE 01/11/2018 09:25:45 Empl:3,59; TMR:0,00;
FERC:0,40; TOTAL: 4,79. CP.1150, Selo digital n°
0073565.WE009201801.014535- MENDES
DE L. D. C. TORRES SECRETARIA Consulte autenticidade em
"www.tipe.jus.br/selodigital"



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR 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 Prontoário Local: Prontoário Integrado Local de Entrada: Emergência Clínica Médica

Paciente: 50094 EDINA DALVA SILVA GALVAO
Nascimento: 07/12/1958 Idade: 59 Registro SUS: 200629867300000
Estado Civil: Casado(a) Profissão: DO LAR Sexo: Feminino Cor: Parda
Documento de Identidade: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA Naturalidade: GOIANA-PE Nacionalidade: BR
Filiação: ALICE FERNANDES DA SILVA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA GILVAN MENESE, S/N
Bairro: NOVA GOIANA Complemento:
Acompanhante: A MESMA Cidade: GOIANA 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

Queixa principal: Urgência de atendimento
Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse ()
Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão ()
Fadiga () Distúrbios visuais () Parastesia ou Paralisia de partes do corpo ()
() Dor Local Urgência de atendimento 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:

Classificação:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

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

Sinais Vitais

P.A. 100 x 60 mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m

Exames Diagnósticos auxiliares

Glicemia Capilar 253 mg/dl

Exame Físico

Exame principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta: Contus. PE/tornozelo/punha 1

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura de Atendimento: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

VAL TIPO BOTA

Dr. Carlos Alberto de Mello
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6092 CAR. PE 226

११:१०

$\text{Thermal MAg} + 100 \text{ l } \# \text{ air} / \text{hr}$

Dr. Carlos Alberto M. Viera
Ortopedia / Traumatologia
CRM: PS 6502-CRM: F 23-11
Tel: 3333-1530

h 21:40 hors pto immobilisés

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

Data:	
Hora:	
Residência	
Interação	
Objeto	
Transferência	

Médico - CRM TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

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

Impressão : 20/06/2018 21:20:25





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Edina Dalva da Silva Galvão</i>			PRONTUÁRIO N°		
IDADE <i>59 anos</i>	SEXO <i>MASC</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>21/06/2018</i>		DATA DE ALTA <i>07/07/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
AGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral e Medial do tornozelo</i>				CID <i>S82.5 + S82.6</i>	
AGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e Medial</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
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 PIRES)

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

ALMEIDA

ALTA HOSPITALAR ORIENTADA POR DR. ROBERTO PIRES.

16 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE ASS. MÉDICOS C.R.M.

DATA

07.07.2018

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 Málolo 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: <u>20/06/18</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>20/06/18</u>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Edina Dalvo Silva Galvão</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>fratura trimalleolar do tornozelo direito</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>Tratamento cirúrgico - osteossíntese do tornozelo com placa, parafusos e fio W. em 07/07/18.</u> <u>Não realizou fisioterapia por falta de vaga</u>	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ 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 <u>Dor, edema e atrofia muscular</u>
2º <u>no tornozelo e antebraço direito.</u>
3º <u>Deficit de força e flexo-extensão do</u>
4º <u>tornozelo com perda funcional de</u>
5º <u>50% no tornozelo dir.</u>

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

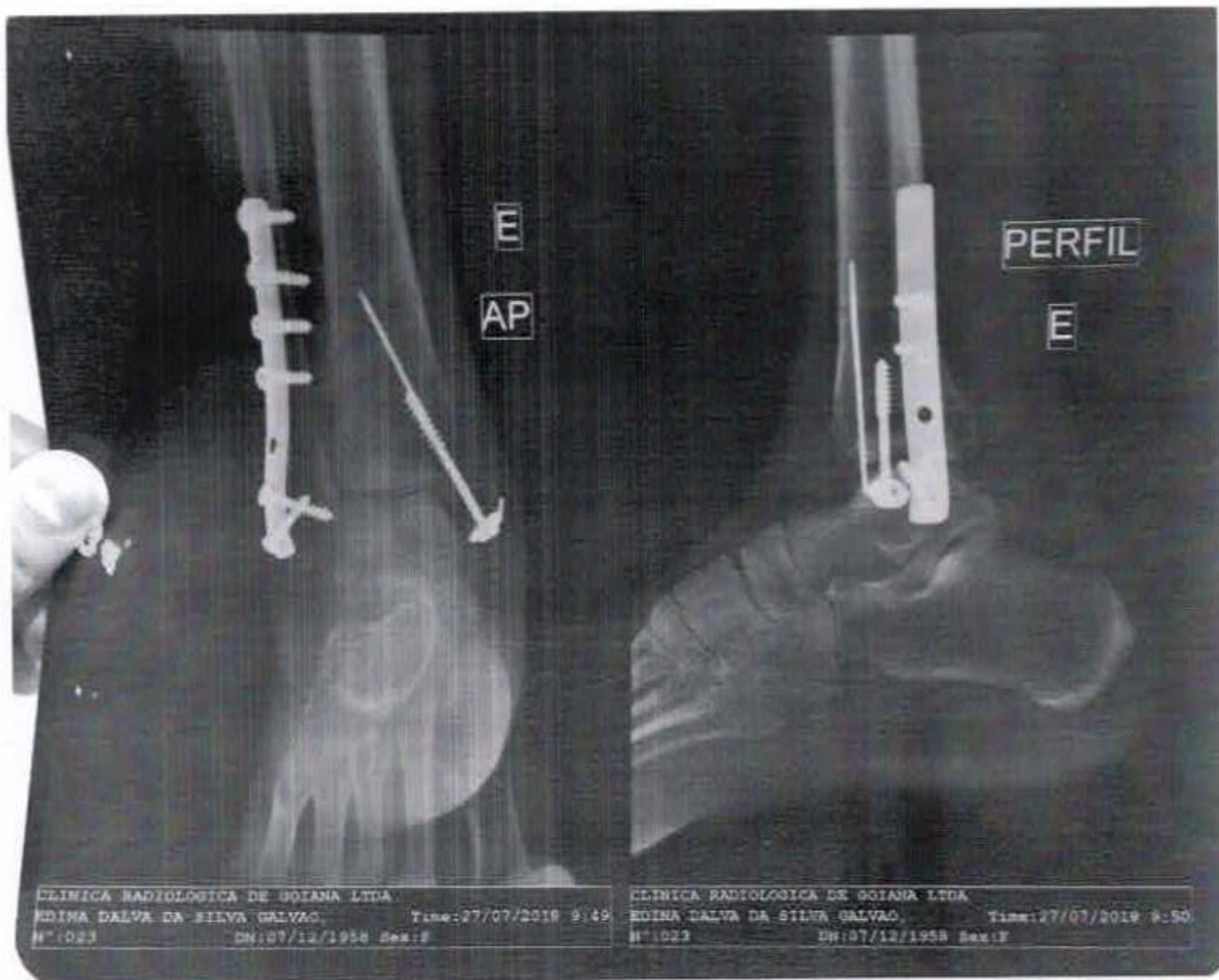
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

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

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 123456789
Rég. em 13/11/2014





05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

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

Scanned with CamScanner



Receituário

07.12.58

Nome: Edino

Nº 83

RADIOGRAFIA:

- | | |
|---|---|
| ☐ CRÂNIO | ☐ COLUNA DORSAL AP/1 |
| ☐ SEIOS DA FACE | ☐ COLUNA LOMBAR AP/ |
| ☐ COLUNA CERVICAL AP/P | ☐ BACIA |
| ☐ TÓRAX PA | ☐ QUADRIL AP/P |
| ☐ OMBRO AP/P | ☐ COXA AP/P |
| ☐ BRAÇO AP/P | ☐ JOELHO AP/P |
| ☐ COTOVELO AP/P | ☐ PERNA AP/P |
| ☐ ANTEBRAÇO AP/P | ☒ TORNOZELO 12 AP/F |
| ☐ PUNHO AP/P | ☐ PÉ AP/O |
| ☐ MÃO AP/O | ☐ CALCÂNEO P/AXIA |

Dr. Alisson F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 25.511.100
Médico - CRM

Goiana, ___/___/___

Hospital Belarmino Correia - Praça Correia Picango, S/N - Goiana/PE.
E-mail: hospitalbelarmino@ig.com.br Fone: (081)3626-8641

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

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

Scanned with CamScanner



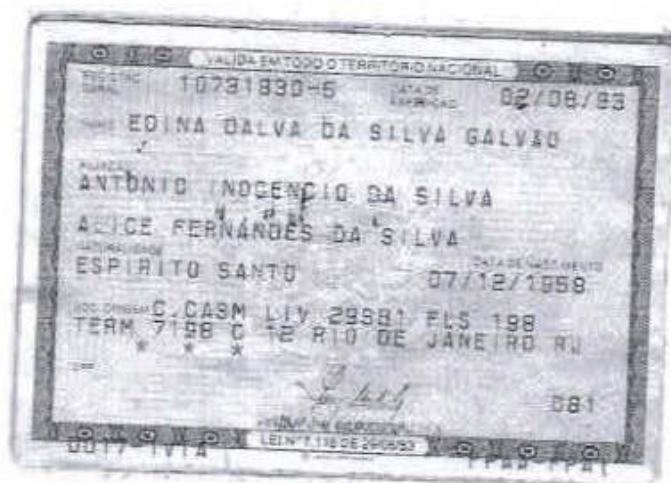


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

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





05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR 1989
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 013727196768
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA DE EMISSÃO: 04/04/18
VALIDADE: 04/04/18

EDILANDO DA SILVA MENDES

GOIÂNIA - PE

080.419.214-69
080.419.214-69
9C2KC1670DR026123

PAS / MOTOCICLETA
ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN ENI
PARTIC

2P/149CL
VERMELHA

1 PVA 2018 QUITADO
1: *****
2: *****
3: *****

SEM RESERVA

GOIÂNIA

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013727196768 BILHETE DE SEGURO DPVAT
EDILANDO DA SILVA MENDES

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

GOIÂNIA - PE

080.419.214-69
HONDA/CG 150 FAN ENI
9C2KC1670DR026123

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEGURO LÍDER - DPVAT

DETALHES E CUADE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

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



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 - OSTEOSÍNTESE 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 Dabra da Silva Galvão
RG/CNH/CTPS: 10734830-5 CPF: 038.755.134.98
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 Dabra da Silva Galvão

Goiana 01 de Novembro de 2018.

Edina Dabra da Silva Galvão
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DA MANOEL BOMAL, Nº 153, CENTRO - GOIANA/PE - CEP: 55.900-000
TEL: (31) 2122-0512 - 0800-0400000000000000 - 0800-11-428.50470001-40

Reconheço, For Autenticidade a firma de: EDINA DABRA DA SILVA GALVÃO, dou fé. Goiana/PE 01/11/2018 09:34:48 Embr: 3,59; 19860,80;
FEEC: 0,40; TOTAL: 4,79. CP: 110 Selo digital nº
0073263.XLP09201901.01860. Mônica B. C. Torres NÚMERO
DE ... B. C. TORRES QUESTITUTA Consulte autenticidade em
"www.tjpe.jus.br/selodigital"



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 NOV 2018

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 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

