



Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 845	01/12/2020 13:58	<u>2617686_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_05</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRIUNFO/PE

Processo: 00000096320198173520

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROSIVANIA GOMES DE BRITO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO MÉRITO

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado e recebido administrativamente verba indenizatória DPVAT no valor de R\$1.687,50 referente a sinistro ocorrido em 13/03/2013, ocasião em que adquiriu a mesma lesão aferida no presente laudo, no joelho direito.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de JOELHO DIREITO, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 13:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120113580808100000070463954>
Número do documento: 20120113580808100000070463954

Num. 71873845 - Pág. 1

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no joelho direito com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$843,75:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
 Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180311082	Cidade: Santa Cruz da Baixa Verde	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO	Data do acidente: 30/07/2017	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EXTENSO NA Perna DIREITA, COM PERDA DE TECIDO.				
Descrição do exame A VITIMA APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA REGIÃO ANTERO LATERAL DA Perna DIREITA COM LIMITAÇÃO médico pericial: DISCRETA DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.				
Resultados terapêuticos: A VITIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E SUTURA EVOLUINDO COM ÚLCERA PÓS TRAUMÁTICA E RETRAÇÃO CICATRICIAL.				
Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 30/08/2018				
Conduta mantida:				
Observações:				
Médico examinador: Francisco Erlandio de Melo Junior				
CRM do médico: 15940				
UF do CRM do médico: PE				
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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior direito com repercussão intensa (75%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO JOELHO DIREITO.**



Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O JOELHO DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO, JOELHO DIREITO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TRIUNFO, 23 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 13:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120113580808100000070463954>
Número do documento: 20120113580808100000070463954

Num. 71873845 - Pág. 3



Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 847	01/12/2020 13:58	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180311082 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EXLENTO NA PERNAS DIREITA, COM PERDA DE TECIDO.

Descrição do exame A VITIMA APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA REGIÃO ANTERO LATERAL DA PERNAS DIREITA COM LIMITAÇÃO
médico pericial: DISCRETA DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VITIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E SUTURA EVOLUINDO COM ÚLCERA PÓS TRAUMÁTICA E RETRAÇÃO CICATRICIAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Erlandio de Melo Junior

CRM do médico: 15940

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 849	01/12/2020 13:58	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)

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: 13/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000078386-3

Nr. da Autenticação B69CEA5344B51900



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 13:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120113580828300000070463958>
Número do documento: 20120113580828300000070463958

Num. 71873849 - Pág. 1



Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 851	01/12/2020 13:58	<u>Anexo 3</u>	Outros (Documento)



Hospital Municipal Dr. José Dantas Filho

EXCELENTE ATENDIMENTO

Data e Hora:	13-03-13	04:12	Nº Ocorrência:	
Nome:	Pomarão gomes de Britto		Data de Nascimento:	103-06-85
Profissão:			Sexo:	fem
End:	R. 1res de Almeida, 13000 Centro		RG/CPF:	165.830.622-84.000.61
Responsável:	Ajudante da Lingeria			
End/Fone:				
Tipo do Atendimento:			Acidente de Trânsito:	<input checked="" type="checkbox"/>
			Acidente de Trabalho:	<input type="checkbox"/>

Agredido: Consultado:

PA:	PESO:	Temperatura:
-----	-------	--------------

Histórico e Exame Físico:

leve dor cefálica -
 dor dent.funct/funcionamento
 dor no tórax c/ dor e febre

Tratamento:



Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Removido para Hospitais

Residência: Hospital: Transferido:

Óbito às _____ horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:





HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

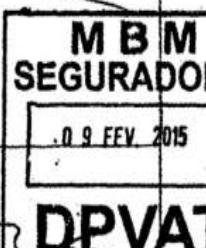
Nº 45

Data e Hora: 13.03.13	09.03	Data Nasc.: 03 / 06 / 85
Nome: Rosânia Gomes da Borda		
Mãe: M. do Socorro da Borda		
Profissão: Estudante	Sexo: F	Doc. Ident.: 8875900045
Responsável: a mesma		
End do Paciente / Fone: Jnís de Almeida - S/N - Costa - Alegaduz PE		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial: **P脉:** Temperatura: **Peso:**

Historia e Exame Fisico:

Curvum Extus ab
m 10. 1/3 molar 2
Plurim



Tratamiento

Tratamento: **DPVAT**

- ① Auger et al. - ^{1º} ^{2º} verso verso verso
- ② Kupfer verso verso verso
- ③ Alvim - verso verso verso
- ④ Escoval verso - verso verso

Impressão Diagnóstica:

10. Paciente: Residência Internado Transferido

• para kiespital

hs do dia

1998-1999 Performance Report

Carimbo e CRI

1920-1921

McGraw-Hill Inc.

Transferido





Registro n° 1446 Data 13/03/13 Hora 09:40

Nome Reginalda Gomes da Bento Data de Nascimento 03/06/85
 Sexo F Idade 27 anos Cor Pardo Estado Civil Solteira
 Naturalidade St. Cruz Baixa Seca - PE Profissão Estudante
 Endereço R. José da Almeida s/n - Bota - Agrestina PE
 Filiação M do Socorro da Bento Jose Correia da Bento
 Telefone () N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 8875900045
 Trazido por Antonia Reginalda Gomes da Bento. Irma
 Endereço O mesmo Telefone ()

Local do Acidente _____ Data _____ / _____ / _____ Hora _____
 Natureza do acidente Casual Tentativa Suicídio Acidente Trânsito
 Queda Intoxicação Outras Causas
 Agressão Acidente de Trabalho

Vítima da fluminense de Minas
benz da levada e meus **MBM**
Clubes da sua **SEGURADORA**
09 FEB 2015

Ativ. humana da fluminense **DPVAT**
97% da sua da Munent
trabalho

Diagnóstico Provisório curva de evolução, da perna direita
de não em seu

Conduta curva de evolução, da perna direita

Dr. Ivo Pereira de A. Melo
 CRM 6000

Médico - CREMEPE

Repcionista





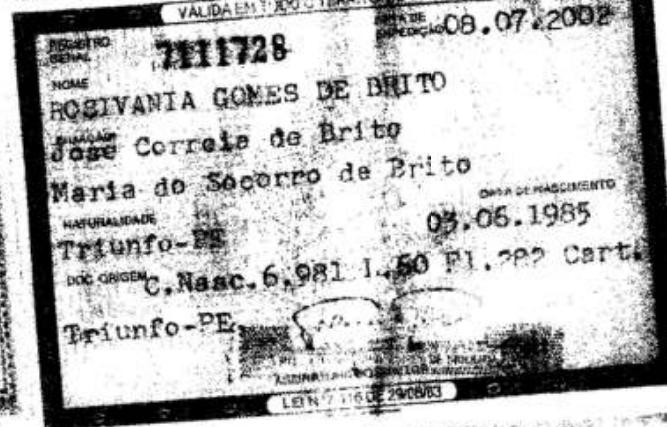
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em	/	/	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado		Hora _____			<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> +48 Horas				<input type="checkbox"/> Indisciplina
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 Horas				<input type="checkbox"/> Transferência _____

Date 15-03-13

Príncipes Señores de S. Cernell

Médico / CREMEPE (carimbo)







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 054.812.204-07

Nome da Pessoa Física: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **16:35:13** do dia **06/02/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B034.521D.892D.FBFC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6401856

A/C: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Sinistro: 3150115530
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO
Data Acidente: 13/03/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6585189

A/C: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Sinistro: 3150115530
Vitima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO
Data Acidente: 13/03/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000078386-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50
---	--------------

Multa:	R\$ 0,00
--------	----------

Juros:	R\$ 0,00
--------	----------

Total creditado:	R\$ 1.687,50
------------------	--------------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150115530 **Cidade:** Carnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 13/03/2013 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO DE Perna Direita

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150115530 **Cidade:** Carnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 13/03/2013 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NA Perna DIREITA, COM FERIMENTO EXTENSO LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Descrição do exame APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA Perna DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO
médico pericial: DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: DANO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: FRANCISCO E MELO JR

CRM do médico: 15940

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total		12,5 %	R\$ 1.687,50	

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: HELIO LATERMAN

CRM do médico: 52.36046-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ROSIVANIA GOMES DE BRITO** Sinistro: **3150115530** Data: **13/03/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SAO JOSE DE PILATOS, 570 - CASA ZONA RURAL - Triunfo - PE - CEP 56870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **7111728**

Data local do exame: [**03/03/2015**] **Afogados da Ingazeira** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMA NA Perna DIREITA, COM FERIMENTO EXTENSO LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA. APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA Perna DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DANO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
JOELHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 15940-TEOT-11.621
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOF)

Casa de Saúde Dr. José Eivoide - CRM: 15940 - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 13:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120113580837000000070463960>
Número do documento: 20120113580837000000070463960

Num. 71873851 - Pág. 12



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 010201480090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CÓD. HENAVAN: PLACAS: EXERCÍCIO:
1 392.811.91 2013

NOME: EDVAN RODRIGUES DA SILVA

3. C. BAIXA VERDE DE

OPF/CNPJ: 080.862.054-52 PLACA: PED4647

PLACA ANTERIOR: CHASSI: 022ED0550CR522720

EXERCÍCIO: COMBUSTÍVEL:

EX-3. MOTOCICLETA

MARCA / MODELO: HONDA / XRE150 ER6S ES

ANO FAB.: 2011 ANO MOD.: 2012

CAP / POT / CIL: 250/199CIL CATEGORIA: PARTEC

DOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VEN. COTA ÚNICA: 1* ****-****

P. IPVA 2013 QUITADO: V. FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2* ****-****

A. 1* ****-****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): IGF (R\$): PRÉMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEGURADO PAGO: OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

DATA: 23/02/13

CONTRATANTE: Maria de Fátima Roberto de Souza
Dirigente Presidente DETRAN/PE

MBM
SEGURADORA
09 FEB. 2015
DPVAT

SEGURADORA Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 00.248.808/0001-04





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento

0014-



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

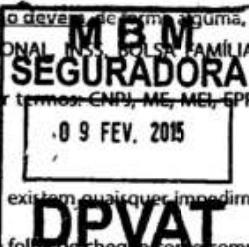
EU, Rosivânia Gomes de BritoPORTADOR(A) DO RG Nº 7111728 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 08/07/2002

CPF 054812204-07 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO Agricultora
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosivânia Gomes de Brito. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser fornecidos, nem alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMILIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEL, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existam quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.



09 FEV. 2015

DPVAT

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0914-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78386-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Floripa, PE, 27 de Janeiro de 2015 Rosivânia Gomes de Brito

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 180^ª CIRCUNSCRICAO - CARNAIBA -
 DP101^ºCIRC DINTER2/20^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 15E0270000049



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/01/2015
 10:23

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 13/3/2013 às 06:10

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARNAIBA, 1 - Bairro: CENTRO -
 CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: FÁBRICA DE
 CIMENTO
 Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 ROSIVANIA GOMES DE BRITO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
 ROSIVANIA GOMES DE BRITO

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

ROSIVANIA GOMES DE BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc.
 MARIA DO SOCORRO DE BRITO Pai: JOSE CORREIA DE BRITO Data de Nascimento:
 3/6/1985 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8876500046/MT/PE
 (RG), 95481220407 (CPF), 04726088521 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º.
 GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO AGRICOLA Telefones Celulares:
 - 8758338121



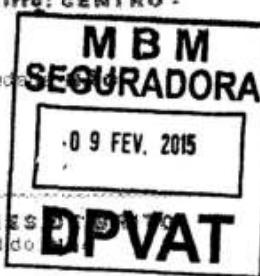
Residencial: SÍTIO SÃO JOSÉ DE PILOTOS, ENCRUZILHADA - TRIUNFO/PERNAMBUCO
 /BRASIL Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1 - CEP: 54060-000 - Bairro: CENTRO -
 TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, ENCRUZILHADA

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:
 INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ROSIVANIA GOMES DE BRITO
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido:
 Cor PRETA - Quantidade: (UNIDADE)

Placa: PFD4847 (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: 382781199 Chassi:



09 FEB. 2015

DPVAT





00100000000000000000000000000000
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DA VÍTIMA, NA DATA CITADA, QUANDO TRANSITAVA DE MOTOCICLETA, NAS IMEDIAS DA FÁBICA DE CIMENTO, LOCALIZADA NESTE MUNICÍPIO, DEPAROU-SE COM UM ACIDENTE NO AGOSTAMENTO, AO SEGUIR, UM MOTOCICLISTA QUE VINHA ATRAS, A ULTRAPASSOU DE VERT, TOMANDO SUA FRENTE E FREOU PARA OBSERVAR O ACIDENTE. A VÍTIMA CHOCOU-SE NA TRASEIRA DO VEÍCULO, CAUSANDO UM FERIMENTO PROFUNDO NA PERNAS DIREITA. O MOTOCICLISTA SEGUIU SEM PRESTAR SOCORRO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UM MOTORISTA QUE PASSAVA, E LEVAVA ATÉ O HOSPITAL DE CARNAÍBA. DE IMEDIATO, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA-PE, ONDE FOI CIRURGIADA. CONTA QUE DURANTE UM ANO E OITO MESES FICOU IMPOSSIBILITADA DE REALIZAR SUAS TAREFAS DIÁRIAS, INCLUSIVE DE TRABALHAR.

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

Ruth Gomes de Souza
B.O. registrado por: RENATA JANAÍNA B. VASCONCELOS - MAT. 273.627-6 -
Matrícula: 273.627-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Rosivânia Gomes de Brito, portador da carteira de identidade nº 7111728 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054812204-07, residente e domiciliado na Sítio São José de Pilotos - Incrustilhada, Cidade Triunfo, Estado PE, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rosivânia gomes de Brito

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Florânia, PE 27 de Janeiro de 2015

Local e data



BÔNUS DE ATENDIMENTO

Data e Hora:	13-03-13	07:12	Nº Ocorrência:	
Nome:	Patrícia Gomes de Brito		Data de Nascimento:	103.06.85
Profissão:			Sexo:	fem
End:	R. 1022 J. Almeida - Bairro Costa		Nº do SUS:	1658306228400061
Responsável:	Miguel da Lagoa		Doc. Ident:	
End/Fone:				
Tipo do Atendimento:	Acidente de trânsito <input checked="" type="checkbox"/>		Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	
		Agressão <input type="checkbox"/>	Consultas <input type="checkbox"/>	

PA:	PESO	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:		
<p>A</p> <p>Perdeu leite corporal - Perdeu leite amamental / Acabou de amamentar Necessário banho e/ou banho e troca de roupa</p>		

Tratamento:



Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente	Removido para Hospitais	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
---------------------	-------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Óbito às ____ horas do dia

Medico - Carimbo e CRM:

comprovação de Ato declaratório





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosinônia Gomes de Brito

RG nº 7111728, data de expedição 08/07/2002 Órgão SSP - PE,

CPF nº 059812204-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio São José de Pilatos- Incrujilhada</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Triunfo</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9935-5533 / (87) 9809-7509 / (87) 3857-1815</u>
E-mail	<u>Tomhdedamilis@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Flóres, PE 27 de fevereiro de 2015

Assinatura do Declarante: X Rosinônia Gomes de Brito



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: 16/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000078386-3

Nr. da Autenticação 309A976C8798ADFE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 13:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120113580837000000070463960>
Número do documento: 20120113580837000000070463960

Num. 71873851 - Pág. 21



Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 852	01/12/2020 13:58	<u>Anexo 4</u>	Outros (Documento)



Hospital Municipal Dr. José Dantas Filho

EXCELENTE ATENDIMENTO

Data e Hora:	13-03-13	04:12	Nº Ocorrência:	
Nome:	Pomarão gomes de Britto		Data de Nascimento:	103-06-85
Profissão:			Sexo:	fem
End:	R. 1res de Almeida, 13000 Centro		Doc. Ident.	
Responsável:	Ajudante da Linguagem		RG/CPF:	165.830.622-84.000.61
End/Fone:				
Tipo do Atendimento:			Acidente de Trânsito:	<input checked="" type="checkbox"/>
			Acidente de Trabalho:	<input type="checkbox"/>

Agendado Consulta

PA: PESO: Temperatura:

Histórico e Exame Físico:

Leve dor cefálica -
 Dor de dentes fáciada / dor de dentes
 Dacryosistosílio / dor de dentes

Tratamento:



Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Removido para Hospitais

Residência Hospital Transferido

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:





HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

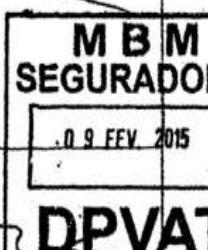
Nº 45

Data e Hora: 13.03.13	09.03	Data Nasc.: 03 / 06 / 85
Nome: Rosânia Gomes da Borda		
Mãe: M. do Socorro da Borda		
Profissão: Estudante	Sexo: F	Doc. Ident.: 8875900045
Responsável: a mesma		
End do Paciente / Fone: Jnís de Almeida - S/N - Costa - Alegaduz PE		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial: **P脉:** Temperatura: **Peso:**

Historia e Exame Fisico:

Curvatura Externa ab
m/s. 1/3 molhos 2
Vá curvatura



Tratamiento

Tratamento: **DPVAT**

- ① Auger et al. - ^{1º} _{2º} verso verso
- ② Kupfer verso verso verso
- ③ Alfonsini - verso verso verso
- ④ Escoiriat verso verso verso

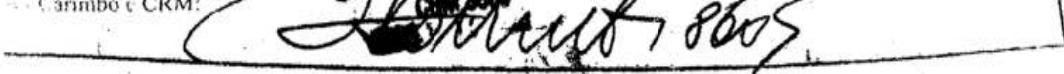
Impressão Diagnóstica:

10 Paciente Residência Internado Transferido

para hospital

hs do dia

6000-10000 GDM





Registro n° 1446 Data 13/03/13 Hora 09:40

Nome Reginalda Gomes da Bento Data de Nascimento 03/06/85
 Sexo F Idade 27 anos Cor Pardo Estado Civil Solteira
 Naturalidade St. Cruz Baixa Seca - PE Profissão Estudante
 Endereço R. José da Almeida s/n - Bota - Agrestina PE
 Filiação M do Socorro da Bento Jose Correia da Bento
 Telefone () 8875900045 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 8875900045
 Trazido por Antonia Reginalda Gomes da Bento. Irma
 Endereço O mesmo Telefone ()

Local do Acidente _____ Data _____ / _____ / _____ Hora _____
 Natureza do acidente Casual Tentativa Suicídio Acidente Trânsito
 Queda Intoxicação Outras Causas
 Agressão Acidente de Trabalho

Vítima da fluminense de Minas
benz da levada e meus **MBM**
Clubes da sua **SEGURADORA**
09 FEB 2015

Ativ. humana da fluminense **DPVAT**
97% da sua da sua da sua

Diagnóstico Provisório curva de evolução da perna direita
de não em seu

Conduta curva de evolução da perna direita

Dr. Ivo Pereira de A. Melo
 CRM 6000
 MELLO

Médico - CRM/PE

Repcionista





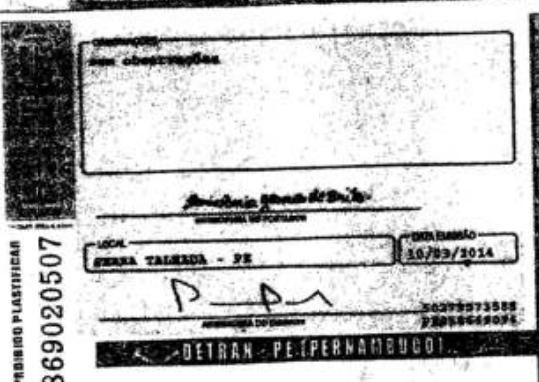
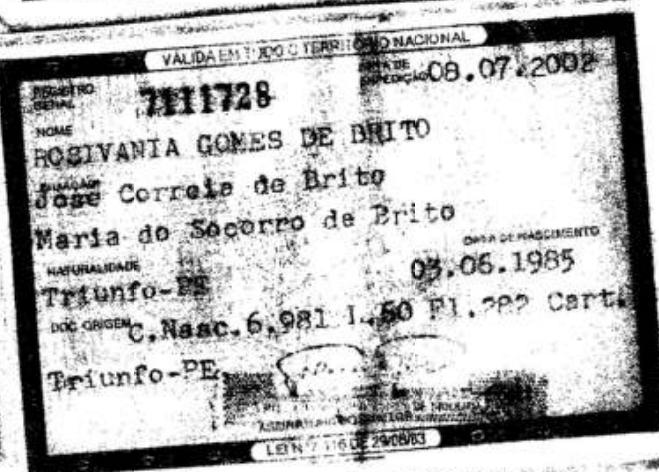
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em	/	/	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado		Hora _____			<input type="checkbox"/> Alta Pedida
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> +48 Horas				<input type="checkbox"/> Indisciplina
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 Horas				<input type="checkbox"/> Transferência _____

Date 15-03-13

Príncipes Señores de S. Cernell

Médico / CREMEPE (carimbo)





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 13:58:08
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120113580859500000070463961
Número do documento: 20120113580859500000070463961





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 054.812.204-07

Nome da Pessoa Física: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **16:35:13** do dia **06/02/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B034.521D.892D.FBFC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6401856

A/C: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Sinistro: 3150115530
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO
Data Acidente: 13/03/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6585189

A/C: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Sinistro: 3150115530
Vitima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO
Data Acidente: 13/03/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000078386-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

Multa:	R\$	0,00
--------	-----	------

Juros:	R\$	0,00
--------	-----	------

Total creditado:	R\$	1.687,50
------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150115530 **Cidade:** Carnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 13/03/2013 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO DE Perna Direita

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150115530 **Cidade:** Carnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 13/03/2013 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NA Perna DIREITA, COM FERIMENTO EXTENSO LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Descrição do exame APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA Perna DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO
médico pericial: DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: DANO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: FRANCISCO E MELO JR

CRM do médico: 15940

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: HELIO LATERMAN

CRM do médico: 52.36046-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ROSIVANIA GOMES DE BRITO** Sinistro: **3150115530** Data: **13/03/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SAO JOSE DE PILATOS, 570 - CASA ZONA RURAL - Triunfo - PE - CEP 56870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **7111728**

Data local do exame: [**03/03/2015**] **Afogados da Ingazeira** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMA NA Perna DIREITA, COM FERIMENTO EXTENSO LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA. APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA Perna DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DANO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
JOELHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 15940-TEOT-11.621
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOF)

Casa de Saúde Dr. José Eivoide - CRM: 15940 - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 13:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120113580859500000070463961>
Número do documento: 20120113580859500000070463961

Num. 71873852 - Pág. 12



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 010201480090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CÓD. HENAVAN: PLACAS: EXERCÍCIO:
1 392.863.054-52 2013

NOME: EDVAN RODRIGUES DA SILVA

3 C BAIXA VERDE DE
OPF/CNPJ: 080.862.054-52 PLACA: 8ED4807

PLACA ANTERIOR: CHASSI: 42ED0550CR522720

EXERCÍCIO: COMBUSTÍVEL:
EX-3 MOTOCICLETA

MARCA / MODELO: HONDA / XRE150 ER6S ES
ANO FAB.: 2011 ANO MOD.: 2012

CAP / POT / CIL: 29/199C1 CATEGORIA: PARTEC

DOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VEN. COTA ÚNICA: 1*
P IPVA 2013 QUITADO 2*
V FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 3*
A 1 ****-****-****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 10F (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:
SEGURADO PAGO

NOTA: SEM RESERVA

DATA: 23/02/13

CONTRATANTE

MBM SEGURADORA
09 FEV. 2015
DPVAT

DETAN-PE N° 010201480090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETENDE GUARDE O BILHETE DE SEU EXERCÍCIO
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO. 2013
OPF/CNPJ: 080.863.054-52 PLACA: PED4847

EDVAN RODRIGUES DA SILVA

CASA: 3 C BAIXA VERDE DE 56585-000
BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: DATA EMISSÃO:
PE N° 010201480090 2013 24/02/13

VIA: OPF/CNPJ: 080.863.054-52 PLACA: PED4847

REMISSÃO: MARCA / MODELO: HONDA / XRE150 ER6S ES
ANO FAB.: 2011 COTAS: 082ED0550CR522720

PREMIO TARIFARIO (R\$): DETAN-PE CUSTO DO SEGURO (R\$):
CUSTO DO BILHETE (R\$): 10F (R\$) TOTAL A SER PAGO PELA EMPRESA (R\$):
SEGURADO PAGO: PAGAMENTO: DATA DE CUSTAÇAO:
 COTA ÚNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 00.248.808/0001-04





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento

0014-



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

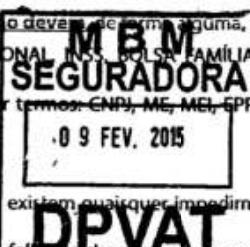
EU, Rosivânia Gomes de Brito

PORTADOR(A) DO RG Nº 7111728 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 08/07/2002
 CPF 054812204-07 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosivânia Gomes de Brito. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser fornecidos, nem alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMILIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEL, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existam quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.



09 FEV. 2015

DPVAT

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0914-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78386-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Floripa, PE, 27 de Janeiro de 2015 Rosivânia Gomes de Brito
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 180^ª CIRCUNSCRICAO - CARNAIBA -
 DP101^ºCIRC DINTER2/20^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 15E0270000049



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/01/2015
 10:23

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 13/3/2013 às 06:10

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARNAIBA, 1 - Bairro: CENTRO -
 CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: FÁBRICA DE
 CIMENTO
 Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 ROSIVANIA GOMES DE BRITO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
 ROSIVANIA GOMES DE BRITO

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

ROSIVANIA GOMES DE BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc.
 MARIA DO SOCORRO DE BRITO Pai: JOSE CORREIA DE BRITO Data de Nascimento:
 3/6/1985 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8876500046/MT/PE
 (RG), 95481220497 (CPF), 04726088521 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º.
 GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO AGRICOLA Telefones Celulares:
 - 8758338121

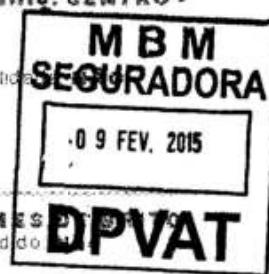
Residencial: SÍTIO SÃO JOSÉ DE PILOTOS, ENCRUZILHADA - TRIUNFO/PERNAMBUCO
 /BRASIL Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1 - CEP: 54060-000 - Bairro: CENTRO -
 TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, ENCRUZILHADA

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:
 INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ROSIVANIA GOMES DE BRITO
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido:
 Cor PRETA - Quantidade: (UNIDADE)

Placa: PFD4847 (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: 382781199 Chassi:



09 FEB. 2015

DPVAT





00100000000000000000000000000000
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DA VÍTIMA, NA DATA CITADA, QUANDO TRANSITAVA DE MOTOCICLETA, NAS IMEDIAS DA FÁBICA DE CIMENTO, LOCALIZADA NESTE MUNICÍPIO, DEPAROU-SE COM UM ACIDENTE NO AGOSTAMENTO, AO SEGUIR, UM MOTOCICLISTA QUE VINHA ATRAS, A ULTRAPASSOU DE VERT, TOMANDO SUA FRENTE E FREOU PARA OBSERVAR O ACIDENTE. A VÍTIMA CHOCOU-SE NA TRASEIRA DO VEÍCULO, CAUSANDO UM FERIMENTO PROFUNDO NA PERNAS DIREITA. O MOTOCICLISTA SEGUIU SEM PRESTAR SOCORRO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UM MOTORISTA QUE PASSAVA, E LEVAVA ATÉ O HOSPITAL DE CARNAÍBA. DE IMEDIATO, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA-PE, ONDE FOI CIRURGIADA. CONTA QUE DURANTE UM ANO E OITO MESES FICOU IMPOSSIBILITADA DE REALIZAR SUAS TAREFAS DIÁRIAS, INCLUSIVE DE TRABALHAR.

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

Ruth Gomes de Souza
B.O. registrado por: RENATA JANAÍNA B. VASCONCELOS - MAT. 273.627-6 -
Matrícula: 273.627-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Rosivânia Gomes de Brito, portador da carteira de identidade nº 7111728 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054812204-07, residente e domiciliado na Sítio São José de Pilotos - Incrustilhada, Cidade Triunfo, Estado PE, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rosivânia gomes de Brito

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Florânia, PE 27 de Janeiro de 2015

Local e data



BÔNUS DE ATENDIMENTO

Data e Hora:	13-03-13	07:12	Nº Ocorrência:	
Nome:	Patrícia Gomes de Brito		Data de Nascimento:	103.06.85
Profissão:			Sexo:	fem
End:	R. 1022 J. Almeida - Bairro Costa		Nº do SUS:	1658306228400061
Responsável:	Miguel da Lagoa		Doc. Ident:	
End/Fone:			Agressão:	<input checked="" type="checkbox"/>
Tipo do Atendimento:		Acidente de trânsito <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>
		Violência	<input type="checkbox"/>	
		Consultas	<input type="checkbox"/>	

PA:	PESO	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:		
<p>A</p> <p>febre de 38°C explor -</p> <p>pele dura amarela / acalorada</p>		

Tratamento:

Passar banho com banho de gelo



Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Removido para Hospitais Residência Internado Transferido

Óbito às ____ horas do dia

Medico - Carimbo e CRM:

comprovação de Ato declaratório





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosinônia Gomes de Brito

RG nº 7111728, data de expedição 08/07/2002 Órgão SSP - PE,

CPF nº 059812204-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprovatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio São José de Pilatos- Incrujilhada</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Triunfo</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9935-5533 / (87) 9809-7509 / (87) 3857-1815</u>
E-mail	<u>Tomhdedamilis@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Flóres, PE 27 de fevereiro de 2015

Assinatura do Declarante: X Rosinônia Gomes de Brito



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: 16/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000078386-3

Nr. da Autenticação 309A976C8798ADFE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/12/2020 13:58:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120113580859500000070463961>
Número do documento: 20120113580859500000070463961

Num. 71873852 - Pág. 21



Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 853	01/12/2020 13:58	<u>Anexo 5</u>	Outros (Documento)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180311082 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EXLENTO NA PERNAS DIREITA, COM PERDA DE TECIDO.

Descrição do exame A VITIMA APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA REGIÃO ANTERO LATERAL DA PERNAS DIREITA COM LIMITAÇÃO
médico pericial: DISCRETA DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VITIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E SUTURA EVOLUINDO COM ÚLCERA PÓS TRAUMÁTICA E RETRAÇÃO CICATRICIAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Erlandio de Melo Junior

CRM do médico: 15940

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

