

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180162757 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 07/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO ANEXAR LAUDO PERICIAL COMPLEMENTAR DO IML.

## 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              |

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180162757**.

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 12649098



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180162757**

Vitima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **07/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**



Autorizacao de pagamento





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SU3EP 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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180362 757

CPF da Vítima

748 029 174 49

Nome completo da vítima

MARIA DAS NOVAS DO OLIVEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

MARIA DAS NOVAS DO OLIVEIRA

CPF titular da conta

748 029 174 49

Profissão

RURAL

Endereço

R. da Piedade

Número

439

Complemento

Bairro

CEVATB

Cidade

Petrolina

Estado

PE

CEP

56306-240

Email

Telefone (DDD)

87-99951-5248

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 0812

D/V

CONTA

NRO. 01300064214

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Petrolina de 08 de Junho de 2018

Local e Data

Maria das Novas do Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



### Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 213ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP213ªCIRC  
DINTER2/26ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0303003308**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/12/2017 às 09:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/8/2017 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: N-07 - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Próximo a: ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, N-07, AONA RURAL-PETROLINA - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: OUTRO LOCAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE) -  
MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

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

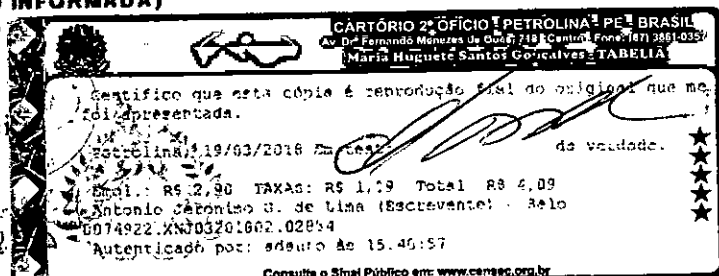
MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino  
 Mãe: ELVIRA MARIA DE OLIVEIRA Pai: ADORILIO ARESTIDES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 4/8/1970 Naturalidade:  
 NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
 Documentos: 0571981338/SSPP/BA (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão:  
 OUTRAS PROFISSOES  
 Telefones Celulares:  
 - 8739818248

Residência: ZONA RURAL-09 - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Próximo a: ZONA RURAL DE PETROLINA, 17, RUA TRAY/JA, N°17-N09 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



file://C:\Documents and Settings\Police

5/12/2017

## Boletim de Ocorrência

Placa: **PGC 1273** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **594150213** Chassi: **9C2JC4120ER008278**  
 Ano Fabricação/Modelo: Combustível: **ALCOOLABOL**  
 2013/2014

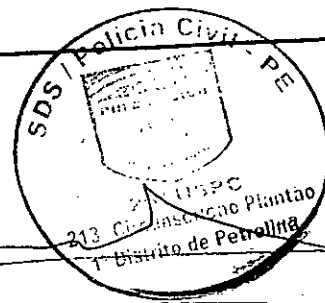
## Complemento / Observação

RELAA A VITIMA QUE NO DIA 07/09/2017, POR VOLTA 18:00HS, CONDUZIA UMA MOCICLETA, PLACA PGC 1273, NO PROJETO-N-07/09, NESTE MUNICIPIO QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL; A VITMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DEBTA CIDADE, PRONTUARIO N°61017119(HUUNVABF).

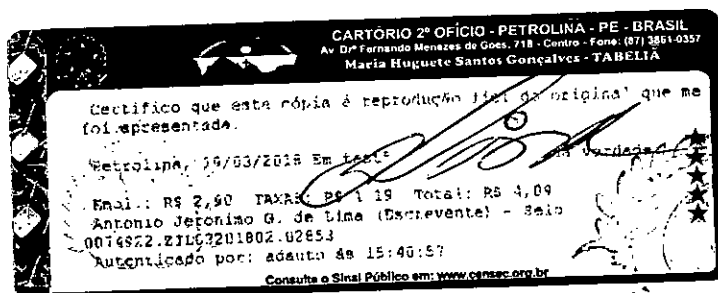
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **TEÓGENES ARAÚJO NUNES** - Matrícula: **3848666**



Imprimir



Certidão de nascimento



República Federativa do Brasil

MUNICÍPIO DE Petrolina ESTADO DE Pernambuco  
1º DISTRITO DE Guatambú

**REGISTRO CIVIL**  
**DE PESSOAS NATURAIS**

Certidão de Nascimento

REGISTRO Nº 592

Albânia Alves Cardoso de Oliveira  
Oficial do Registro Civil especie

CERTIFICO que às fls. 261 do livro N.º 2 consta o registro de Nascimento de Albânia das Neves de Oliveira

nascido a 11 de Agosto de 1970

às 7 horas, em Petrolina

de cor morena do sexo feminino

filha de Abelguarides Alves dos Santos e de Elvira Albânia de Oliveira

avós paternos Abelguarides Alves dos Santos, falecido  
Albânia Vieira de Oliveira, falecida

e maternos Albânia Vieira de Oliveira, falecida  
Albânia Vieira de Oliveira

Foi declarante o pai

Jesus Alves Cardoso  
Maria Alves Cardoso

serviram de testemunhas

Observações:

O referido é verdade e dou fé:

Guatambú de Agosto

de 1970

Maria Alves Cardoso de Oliveira

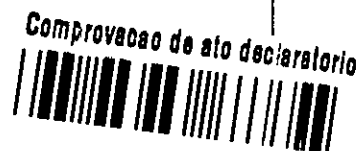


# SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

Rua 01, Nº 01 - Alto da Maravilha - Tel.: (74) 3613-8888 / Fax: (74) 3613-8889 / 3613-8887  
CNPJ: 13.971.890/0001-20 - CEP: 48.904-580 - Juazeiro-BA - E-mail: sote@uol.com.br

## LAUDO MEDICO

### DPVAT



**MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA.**

**IDADE: 47 ANOS.**

SOFREU ACIDENTE DE MOTO DIA 07/09/2017.

TEVE LESÃO GRAVE NO JOELHO DIREITO -LESÃO DE  
LIGAMENTOS + MENISCO.

FEZ TRATAMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA .USOU  
MEDICAMENTOS, REPOUSO, RETIRADA DE PONTOS,  
CURATIVOS, REVISÕES MEDICAS., FISIOTRAPIA.

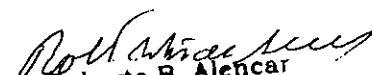
FICOU COM SEQUELA PERMANENTE , IRREVERSIVEL .

ESTÁ DE ALTA DEFINITIVA NÃO HÁ MAS TRATAMENTO Á  
FAZER.

INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO. PERSENTAGEM DE  
100 %.

**CID: M-232 S- 83 T-93**

**JUAZEIRO-BA 08/03/2018**

  
Dr. Roberto B. Alencar  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-BA 3.510 / 4087-PE  
CPF: 035.855.985-88



# 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: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00812

CONTA: 000000064214-9

---

Nr. da Autenticação EE3FF4F94BCB679E

## Comprovante de residência



## NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Elétrica de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife - Pernambuco - CEP 50050-907  
 CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. DN55943-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV A 17

PISNC NUCLEO 9 MASSANGANO  
 PETROLINA PE  
 56353-700

CPF: 748.029.174-49  
 CLASSIFICAÇÃO

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

BT: RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

CONTA CONTRATO  
 70005602487-12/2017

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TÍPO DA FUNÇÃO | DATA       | ANTERIOR  | LEITURA    | DATA      | ATUAL | LEITURA  | Nº DE DIAS | CONSTANTE | ADJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|-------|----------|------------|-----------|---------|---------------|
| Nº56102       | CAT            | 14-11-2017 | 17.238,00 | 15-12-2017 | 17.458,00 | 31    | 1.000,00 |            |           |         | 218,00        |

## HISTÓRICO DE CONSUMO

| MÊS    | CONSUMO (KWH) |
|--------|---------------|
| DEZ 17 | 218,00        |
| NOV 17 | 203,00        |
| OUT 17 | 203,00        |
| SET 17 | 171,00        |
| AGO 17 | 212,00        |
| Jul 17 | 182,00        |
| Jun 17 | 181,00        |
| MAI 17 | 203,00        |
| ABR 17 | 181,00        |
| MAR 17 | 208,00        |
| FEV 17 | 208,00        |
| JAN 17 | 185,00        |
| DEZ 16 | 196,00        |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| BASE DE CÁLCULO | VALOR DO IMPORTE |
|-----------------|------------------|
| ICMS            | 182,28           |
| PIS             | 23,00            |
| COFINS          | 182,28           |
|                 | 182,28           |

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| VALOR DO IMPORTE     | Porcentagem |
|----------------------|-------------|
| Gerção de Energia    | 37,75%      |
| Transmissão          | 2,71%       |
| Distribuição (Celpe) | 22,34%      |
| Perdas de Energia    | 8,87%       |
| Impostos Setoriais   | 8,42%       |
| Tributos             | 30,91%      |

## TARIFAS APLICADAS

|               |            |
|---------------|------------|
| Consumo (KWH) | 218,00     |
| Tarifa        | 0,40030000 |

## RESERVADO AO FISCO

CT36 40F8 83FC 8F8B CD85 B914 1488 28BC

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.

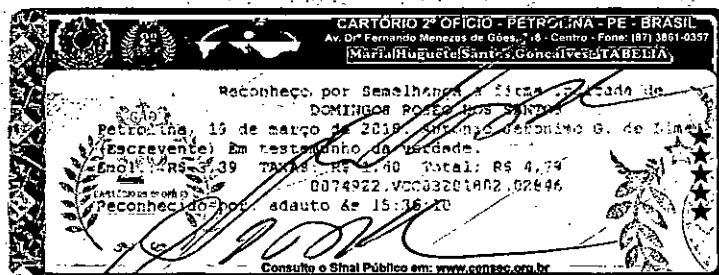
Na data de emissão da presente nota fiscal, a tarifa de energia elétrica em vigor é a Vermelha. Mais informações, consulte o site www.celpe.gov.br. O cliente é responsável quando não houver a correspondência entre o valor da tarifa e o valor da tarifa de energia elétrica em vigor.



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu DOMINGOS ROSEDO DOS SANTOSRG nº 95029062817 data de expedição 28/4/1995Órgão M, portador do CPF nº 747.685.903-06 com domicílio na cidade de PETROLINA, no Estado dePernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) TRUSSA - APROJETO-SOMADOR NULO COBERTO N.º nº 17complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima MARIA DAS NOVES DE JUBIACUJO o condutor eraVeículo: LIModelo: HONDA CG-125 FAN ESAno: 213 - 214Placa: PG 0-1273Chassi: 9C244120ERO 08278Data do Acidente: 07-09-217Local e Data: PROJETO SOMADOR NULO COBERTO N.ºAssinatura do Declarante: DOMINGOS ROSEDO DOS SANTOS

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



Ficha de Atendimento - Emergência

notificado - ATT

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51017119

Paciente: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

Mãe: ELVIRA MARIA DE OLIVEIRA

Endereço: TRAVESSA A, nº 17 - PROJETO N-09 / PETROLINA (PE)

CNS: 704000882953866

Doc. Identificação: 0571961339

Nasc. 04/08/1970

Idade: 47

Telefone: (87) 99515248

Documentação médica - hospital



ANAMNESE DO MÉDICO

*Recebeu com histórico de Tumor em joelho @  
Doado urina e doou um joelho @*

*Recebeu joelho @ Dr. Lúfil - Sem fratura*

*S.D. Contorno*

*C.D. - PRICER*

*Peusado*

*Oidopos*

*- Bondogen*

Dr. Gabriel Albuquerque  
Ortopedia / Cirurgia do Pe  
CRM 23911-BA / 23206-PE  
TEOT 14202

HU - UNIVASF  
CONF. COM 12/12/14  
USAR

Michella Mendes Pereira  
Assistente Administrativo  
HU UNIVASF / EBSERH  
SIAP 1219.2962

Ass. Paciente: \_\_\_\_\_

Saída: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Data de Impressão: 07/09/2017

Hora: 21.42

**Registro de Classificação de Risco**  
Protocolo de Manchester

**Identificação do Paciente**

Nome: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA      Chegada: 07/09/2017 21:37:43  
Sexo: MASCULINO      Idade: 47  
Transporte: MEIOS PRÓPRIOS      Data de Nascimento: 04/08/1970

**Classificação de Risco**

|                     |                                                    |                                            |                                      |                                                                       |                                        |                     |
|---------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| Queixa Principal:   | DOR EM JOELHO D, APOS QUEDA DE MOTOCICLETA. HÁ 40' |                                            |                                      |                                                                       |                                        |                     |
| Fluxograma:         | PROBLEMAS EM EXTREMIDADES                          |                                            |                                      | Discriminador: EVENTO RECENTE                                         |                                        |                     |
| Parâmetros:         | Glicemia Capilar                                   |                                            |                                      |                                                                       | Escala de Coma de Glasgow:             |                     |
|                     | Pulso                                              |                                            | Ritmo:                               |                                                                       | Sat O2 (%):                            |                     |
|                     | Temperatura Timpânica                              |                                            |                                      | Escala de Dor:                                                        | 4                                      | PA                  |
| Prioridade Clínica: | EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 minutos                 | MUITO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos | URGENTE<br>AMARELA<br>Até 60 minutos | <input checked="" type="checkbox"/> POUCO<br>VERDE<br>Até 120 minutos | NAO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos | BRANCO              |
| Fluxo Interno:      | ORTOPEDIA                                          |                                            |                                      |                                                                       |                                        |                     |
| Classificador:      | ADRIANA SOARES DE LIMA LEANDRO                     |                                            | COREN / CRM:                         | 273643                                                                | Tempo de Início CR:                    | 07/09/2017 21:38:51 |
|                     |                                                    |                                            |                                      |                                                                       | Tempo de Fim CR:                       | 07/09/2017 21:39:28 |

**Reclassificação**

|                     |                                    |                                            |                                      |                                   |                                        |                  |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| Queixa Principal:   |                                    |                                            |                                      |                                   |                                        |                  |
| Fluxograma:         |                                    |                                            |                                      | Discriminado                      |                                        |                  |
| Parâmetros:         | Glicemia Capilar                   |                                            |                                      |                                   | Escala de Coma de Glasgow:             |                  |
|                     | Pulso                              |                                            | Ritmo:                               |                                   | Sat O2 (%):                            |                  |
|                     | Temperatura Timpânica              |                                            |                                      | Escala de Dor:                    |                                        | PA               |
| Prioridade Clínica: | EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 minutos | MUITO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos | URGENTE<br>AMARELA<br>Até 60 minutos | POUCO<br>VERDE<br>Até 120 minutos | NAO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos | BRANCO           |
| Fluxo Interno:      |                                    |                                            |                                      |                                   |                                        |                  |
| Classificador:      |                                    |                                            | COREN / CRM:                         |                                   | Tempo de Início CR:                    | Tempo de Fim CR: |

Michella Mendes Pereira  
Assistente Administrativo  
HU - UNIVASF / EBSERH  
BIARE 214.2962

HU - UNIVASF  
CONFESSE COM  
Data: 09/12/2017  
ORIGINAL



# **SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA**

Rua 01, Nº 01 - Alto da Maravilha - Tel.: (74) 3613-8888 / Fax: (74) 3613-8889 / 3613-8887  
CNPJ: 13.971.890/0001-20 - CEP.: 48.904-580 - Juazeiro-BA - E-mail: sote@uol.com.br

## **LAUDO MEDICO**

### **DPVAT**

**MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA.**

**IDADE: 47 ANOS.**

**SOFREU ACIDENTE DE MOTO DIA 07/09/2017.**

**TEVE LESÃO GRAVE NO JOELHO DIREITO -LESÃO DE  
LIGAMENTOS + MENISCO.**

**FEZ TRATAMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA .USOU  
MEDICAMENTOS, REPOUSO, RETIRADA DE PONTOS,  
CURATIVOS, REVISÕES MEDICAS., FISIOTRAPIA.**

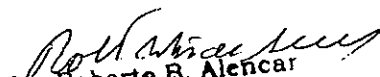
**FICOU COM SEQUELA PERMANENTE , IRREVERSIVEL .**

**ESTÁ DE ALTA DEFINITIVA NÃO HÁ MAS TRATAMENTO Á  
FAZER.**

**INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO. PERSENTAGEM DE  
100 %.**

**CID: M-232 S- 83 T-93**

**JUAZEIRO-BA 08/03/2018**

  
Dr. Roberto B. Alencar  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-BA 3.510 / 4087-PE  
CPF: 036.868.985-68



Rua 01, Nº 01 - Alto da Maravilha - Tel.: (74) 3613-8888 / Fax: (74) 3613-8889 / 3613-8887  
CNPJ: 13.971.890/0001-20 - CEP.: 48.904-580 - Juazeiro-BA - E-mail: sote@uol.com.br

## LAUDO MEDICO DPVAT .

Documentacao medico - hospital



**MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**

**IDADE: 47 ANOS**

**SOFREU ACIDENTE DE MOTO DIA 07/09/2017 .**

**TEVE LESÃO GRAVE NO JOELHO DIREITO – LESÃO DE LIGAMENTOS + MENISCO.**

**FEZ TRATAMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA . FEZ USO DE MEDICAMENTOS,  
REPOUSO, RETIRADA DE PONTOS , CURATIVOS , REVISÃO MEDICA ,**

**FISIOTERAPIA . PORÉM FICOU COM SEQUELA PERMANENTE, IRREVERSIVEL .**

**ESTÁ DE ALTA DEFINITIVA NÃO HÁ MAIS TRATAMENTO A FAZER .**

**INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO DIREITO.**

**PERCENTAGEM 100 % .**

**CID : M 232 S 83 T 93 .**

**JUAZEIRO-BA 08/03/2018 .**

Dr. Roberto B. Alencar  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-BA 3.510 / 4087-PE  
CPF: 035.868.985-68

Dr. Roberto B. Alencar  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-BA 3.510 / 4087-PE  
CPF: 035.868.985-68



Nome Paciente: Maria Das Neves De Oliveira  
Registro: 270564  
Data de nasc.: 04/08/1970  
Sexo: Feminino

Médico Solicitante:  
Data do exame: 21/11/2017  
Idade: 47Y 3M

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

### INFORMAÇÕES ESSENCIAIS:

#### Dados clínicos:

Paciente 47Y 3M. "LESÃO LIGAMENTAR "

#### Antecedentes:

Antecedente cirúrgico: Nada consta

Antecedente oncológico: Nada consta

Exames anteriores: Nada consta

Antecedente alérgico ou sabida contraindicação ao uso de contrastes: Nada consta

### TÉCNICA DO EXAME:

Estudo com avaliações multiplanares realizada após compreensão e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido necessário a todas as etapas do exame.

A administração de contraste: não

### ACHADOS :

Menisco lateral com lesão em alça de balde, notando-se grande fragmento meniscal deslocado para o intercôndilo. Os remanescentes periféricos encontram-se acentuadamente afilados e levemente irregulares.

Menisco medial com alteração degenerativa discreta do corno posterior, sem delimitar roturas.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Ruptura extensa / completa do ligamento colateral medial, com retração de até 2,0 cm de suas fibras em relação a fixação femoral.

Êstiramento do ligamento colateral lateral, com edema periligamentar.

Ligamento cruzado posterior íntegro.

Patela e exibindo irregularidades condrais discretas no vértice e na faceta medial, sem edema do osso condral. Afilamento condral irregular na tróclea femoral, predominando na porção inferior do sulco e no início das facetas, sem edema do osso subcondral.

Afilamento condral na região de carga femorotibial lateral, destacando-se erosão profunda com exposição óssea em área de 2,0 x 0,9 cm no côndilo, sem significativo edema ósseo.

Moderado derrame articular com sinais de espessamento sinovial / sinovite.

Tendões quadríceps e patelar conservados.

Peritendinite e anserina, possivelmente reacional.

Lâmina líquida da bursa do semimembranoso / gastrocnêmio medial, sem formar significativos cistos.

Áreas de alteração do sinal medular ósseo em regiões metafisárias do fêmur e tibia, possivelmente relacionadas a medula vermelha / reconversão medular.

Discreto edema / alteração de sinal de fibras dos ventres musculares gastrocnêmios, inespecífico.





Petrolina, 21/11/2017

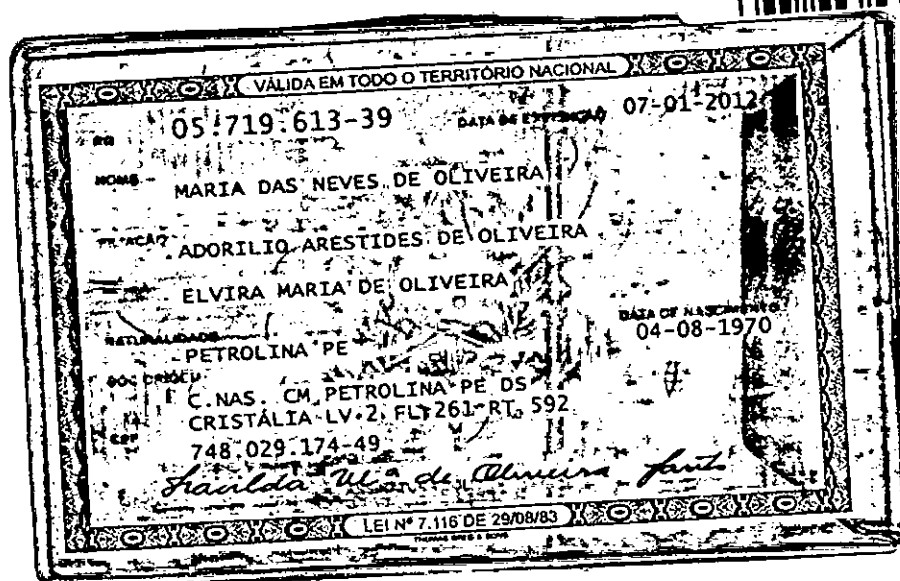
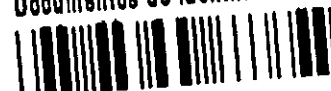
Dr Marcel Vieira da Nóbrega - CRM 9502

Em caso de não confluência das idéias apresentadas com os sinais semiológicos aferidos, estou a disposição para discussão do caso, revisões e interpretação dos resultados, à luz de novos dados clínicos não expressos anteriormente.

*Advirto que diante de erros de digitação, bem como equívoco de dados de qualquer natureza, é possível esclarecer dúvidas ou realizar as apropriadas reafirmações. Da mesma forma que o presente estudo encontra-se disponível em imagens para segunda avaliação e opinião de outro profissional médico, conforme desejo do paciente, responsável ou medico assistente*



Documentos de Identificacao





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 10562 Série 00030PE



MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
ASSINATURA DO PORTADOR



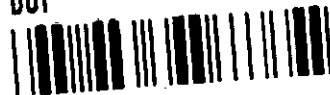
QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Maria das Neves de Oliveira  
Loc. Nasc. Petrópolis - PE Data 04.08.70  
Filiação Adairio Azeiteiro de Oliveira  
Doc. Nº RG-5.719.813 SSP-PA 31107189

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs. 04.01.10 SRTE Petrópolis - PE  
Data Emissão .....  
Assinatura do Funcionário Jânia Das Neves

DUT



| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL              |                   |
|---------------------------------------------|-------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                      |                   |
| DETRAN - PE                                 | Nº 010335718733   |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO          |                   |
| VIA                                         | 18891971666       |
| 1                                           | 594150213         |
| NOME/ENDEREÇO                               |                   |
| DOMINGOS ROSEGO DOS SANTOS                  |                   |
| TV A 17                                     |                   |
| PSNC Nº9 ZONA RURAL                         |                   |
| PETROLINA - PE 56300-000                    |                   |
| CRONIF                                      | PLACA             |
| 747.685/903-06                              | PGO1273           |
| NOME ANTERIOR                               |                   |
| RIO-VALE MOTOS LTDA                         |                   |
| PLACA AN/UF                                 | CHASSI            |
| *****                                       | 9C2JC4120ER008278 |
| ESPECIE TIPO                                | COMBUSTIVEL       |
| PAS/MOTOCICLETA                             | GASOLINA          |
| MARCA/MODELO                                | ANO FAB/ANO MOD   |
| HONDA/CG125 PAN ES                          | 2013/2014         |
| CAP/POT/CIL                                 | CATEGORIA         |
| 20/124CL                                    | PARTIC            |
| 20135042                                    | COR PREDOMINANTE  |
| VERMELHA                                    |                   |
| OBSERVAÇÕES                                 |                   |
| RES. DOM. RIO VALE                          |                   |
| DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA |                   |
| CHAVE DE FICHA CAUSEIRO                     |                   |
| Mário Duarte Gomes Santos                   |                   |
| LOCAL                                       | DATA              |
| PETROLINA - PE                              | 11/12/13          |
| ELENTE MARIA TAUMI LIDORA GOMES SANTOS      |                   |
| Presidente DETRAN/PE                        |                   |

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - PE Nº 013153247799  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 594150213 2017

NOME  
DOMINGOS ROSEDO DOS SANTOS

PLACA ANT. UF  
PETROLINA-PE

CPF/CNPJ  
747.685.903-06

CHASSI  
9008278

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

ESPECIE TIPO  
MOTOCICLETA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 125-FAN-E3

ANO FAB. ANO MOD.  
2013 2013

CAP. POT. CIL.  
125 12 4

CATEGORIA  
BARTIC

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
1

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS  
2

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 0 100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEIC  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESS  
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 013153247799 BILHETE DE SEGURO D

DOMINGOS ROSEDO DOS SANTOS

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

PLACA ANT. UF  
PETROLINA-PE

CPF/CNPJ  
747.685.903-06

CHASSI  
9008278

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

ESPECIE TIPO  
MOTOCICLETA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 125-FAN-E3

ANO FAB. ANO MOD.  
2013 2013

CAP. POT. CIL.  
125 12 4

CATEGORIA  
BARTIC

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
1

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS  
2

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 0 100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
100 01/01/2017



IV. APC PETROLINA - PE  
SETOR CARTÓRIO  
CERTIFICO QUE O PRESENTE  
É CÓPIA FIEL DO ORIGINAL

PETROLINA-PE, 14/03/18

88 386 7242  
NOME/MATRÍCULA



Lauda do IML - Lesões corporais



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 8812 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 214A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA  
Ofício nº. 075 / 2018 Data 13 / 3 / 2018  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 15:14 do dia 13 de Março de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA filho(a) de ADOLÍRIO ARESTIDES DE OLIVEIRA e de ELVIRA MARIA DE OLIVEIRA, de cor Parda, sexo Feminino, cabelo Ondulado, estado civil Viúvo (a), aparentando a idade de 47 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de PETROLINA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 057196, profissão ENCARREGADA DE CAMPO, endereço PROJETO SENADOR NILO COELHO - N9, nº 17, complemento: NÃO INFORMADO, bairro ZONA RURAL, telefone/s, (87)99151-5564, PETROLINA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

#### HISTÓRICO:

Refere acidente de moto no dia 07/09/2017 por volta das 18:00 hs. Traz laudo médico assinado por Dr Roberto Alencar (ortopedista), datado de 08/03/2018 onde refere: "acidente de moto no dia 07/09/2017. Tinha lesão grave no joelho direito- lesão de ligamentos e menisco. Fez tratamento no Hospital de Traumas, medicamentos, repouso, retirada de pontos, curativos e revisões médicas, fisioterapia. Ficou com seqüela definitiva, não há mais tratamento a fazer. Instabilidade crônica do joelho. Percentagem de 100%"

#### DESCRIÇÃO

##### Exame Físico:

Cicatriz hipocrômica na face interna do joelho esquerdo de 6,0 cm de comprimento.  
Edema importante no joelho direito associado a instabilidade.  
Deficit de flexão do joelho direito em 45 graus.

#### DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

A pericianda apresenta lesões visíveis ao momento do exame pericial

#### QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

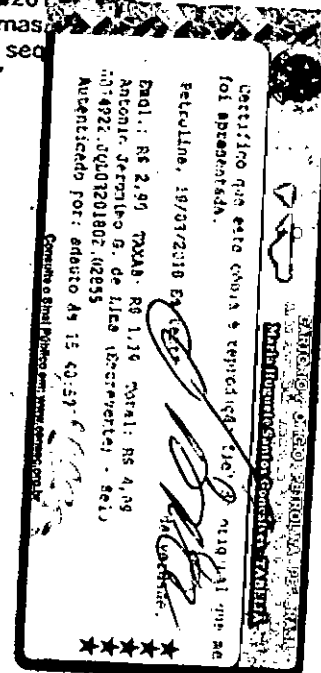
3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para ocupações habituais > 30 dias.

Quanto a debilidade depende de exame posterior com 1 ano.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.



Dr. Amanda Lima



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr<sup>(a)</sup>. AMANDO DE ALBUQUERQUE LIBORIO NETO - CRM 12557-PE.

Perito responsável

Dr. Amando de Albuquerque Liborio Neto

GDL 8812/2018

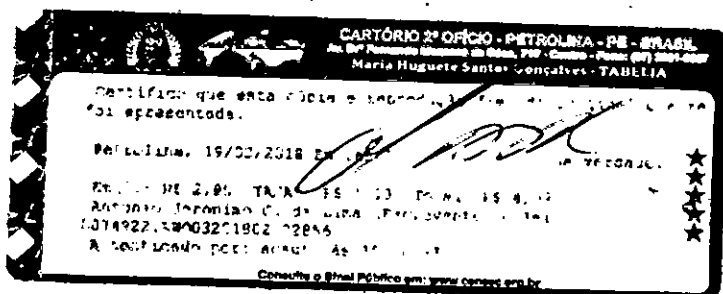


IN. APC - PETROLINA - PE  
SETOR CARTÓRIO

CERTIFICO QUE O PRESENTE  
É CÓPIA FIEL DO ORIGINAL

PETROLINA-PE, 14 / 03 / 18

386 724 2  
NOME/MATRÍCULA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Laudo do IML - Lesões corporais

EXAME COMPLEMENTAR Nº 36236 / 2018

REFERENTE AO LAUDO Nº 8812 / 2018



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA  
Ofício nº. 25 / 2018 Data 18 / 9 / 2018  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:46 do dia 18 de Setembro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA filho(a) de ADORILIO ARISTIDES DE OLIVEIRA e de ELVIRA MARIA DE OLIVEIRA de cor Parda, sexo Feminino, cabelo Liso, estado civil Viúvo (a), aparentando a idade de 48 Anos, peso Sobrepeso, de estatura Média, natural de PETROLINA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado Documento: RG de outro estado - 0571961339, profissão ENCARREGADA DE CAMPO, vestes Camiseta, Bermuda, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Comparece para exame complementar de perícia realizada no dia 13/03/2018, referente a acidente de moto no dia 07/09/2017. Traz laudo médico datado de 12/09/2018, assinado por Dr Roberto B. Alencar (ortopedista- CRM -Ba 3510) que diz: " sofreu acidente de moto no dia 07/09/2017. Teve lesão grave no joelho direito- Lesão de ligamentos + menisco. Fez tratamento no Hospital de Traumas. Fez uso de medicamentos, repouso, retirada de pontos, curativos, revisão médica, fisioterapia. Está de alta definitiva não há mais tratamento a fazer- porém ficou com sequela permanente, irreversível- instabilidade crônica do joelho direito"

A pericianda refere que não consegue fletir o joelho direito, e que o mesmo permanece eternamente edemaciado (SIC) e tem dores contínuas no mesmo, inclusive para deambular.

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Limitação importante da flexão do joelho direito, que encontra-se edemaciado.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

A pericianda apresenta lesões visíveis ao momento do exame pericial

**QUESITOS:**

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

Incapacidade acima de 30 dias ( lesão grave de joelho direito)

Debilidade permanente da marcha ( limitação da flexão do joelho direito e Instabilidade crônica)

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não

IML-APC - PETROLINA - PE  
SETOR CARTÓRIO

CERTIFICO QUE O PRESENTE  
É CÓPIA FIEL DO ORIGINAL

PETROLINA-PE, 19 / 09 / 18

3864242  
NOME/MATRÍCULA



Dr. Amanda Lima  
Médico Legista - CRM 14337  
19/09/2018  
Página 1 de 2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



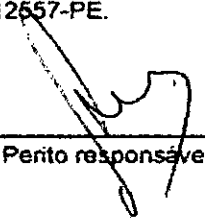
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Não

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). AMANDO DE ALBUQUERQUE LIBORIO NETO - CRM 12557-PE.



  
Perito responsável

TEMP 36236/2013



Perito Legista - CRM 12557  
Méd. 191.717-0



IML APC PETROLINA-PE  
SETOR CARTÓRIO

CERTIFICO QUE O PRESENTE  
É CÓPIA FIEL DO ORIGINAL.

PETROLINA-PE, 19/09/18

386.7242  
NOME/MATRÍCULA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119645/18  
Vítima: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
CPF: 748.029.174-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/09/2017  
Titular do CPF: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

Outros



**MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA : 748.029.174-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2018  
Nome: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
CPF/CNPJ: 748.029.174-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2018  
Nome: LEANDRO FERNANDES RIBEIRO  
CPF: 038.054.127-03

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

LEANDRO FERNANDES RIBEIRO

## **Vinícius Campos da Silva**

**De:** Jose Carlos  
**Enviado em:** quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33  
**Para:** Vinícius Campos da Silva  
**Cc:** Sonia Faro  
**Assunto:** Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

**José Carlos Carvalho**  
**Gerente de Sinistros**



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail : [jose.carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose.carlos@seguradoralider.com.br)

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

**De:** Arthur Froes ;  
**Enviada em:** quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18  
**Para:** Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** RES: Produção: 13/03/2018

JC,  
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

**Arthur Fróes**  
**Superintendente de Sinistros**  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)  
Tel.: 55 21 3861-4286



SEGURADORA LÍDER  
PEDIDO DE SEGURO DPVAT  
A/C SONIA FARO  
RUA SENADOR DANTAS, N 74, 15º ANDAR  
CENTRO  
RIO DE JANEIRO - RJ  
20.031-205

20 MAR 2018

Correios  
FC082836  
PESQ149  
AR  
MP  
SEDEX  
3085985 7 BR

REMÉFENTE

MARIA DOS ANJOS DA OLIVEIRA

TRAVESSA A-Nº 17 PROJETO SEVADOR NUNO

POBATO N.º 2-

PRRODINA- PE-

FOVITE

87.9151-55624

CEP. 56302-970 - 87.99-51-5248

**DEVOLUÇÃO**

- |                                        |                                                       |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se      | <input type="checkbox"/> Falecido                     |
| <input type="checkbox"/> Recusado      | <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente        |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido  | <input type="checkbox"/> Não existe o número indicado |
| <input type="checkbox"/> Não procurado | <input type="checkbox"/> Outros: .....                |
| <input type="checkbox"/> Ausente       | .....                                                 |

Tentativas de entrega

1ª \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_

2ª \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ 3ª \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_

☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico

☐ Reintegrado ao serviço postal em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Responsável: .....

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



(MATERIAL IND. E COM. DE ARTESANOS DE PAPEIS)  
(Junho/2015)

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119645/18  
Vítima: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
CPF: 748.029.174-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/09/2017  
Titular do CPF: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo  
Outros



#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2018  
Nome: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
CPF: 748.029.174-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2018  
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO  
CPF: 760.547.217-04

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

De: Jose Carlos  
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33  
Para: Vinicius Campos da Silva <[vinicius.silva@seguradoralider.com.br](mailto:vinicius.silva@seguradoralider.com.br)>  
Cc: Sonia Faro <[soniafaro@seguradoralider.com.br](mailto:soniafaro@seguradoralider.com.br)>  
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho  
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail : [jose.carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose.carlos@seguradoralider.com.br)

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes  
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18  
Para: Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>  
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,  
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes  
Superintendente de Sinistros  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)

Tel.: 55 21 3861-4286



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**  
Nº Sinistro: **3180162757**  
Vítima: **MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA**  
Data do Acidente: **07/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180162757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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.

08-APR-2018 07:16 591985 1/1

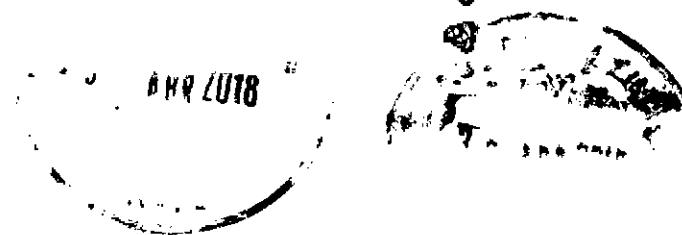
SEGURADORA LIDER DPVAT OF

Carta nº 12646939



SINISTRO: 3180162757

|                                                         |                           |                        |                 |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|
| SEGURADORA LÍDER – DPVAT                                |                           | SAC DPVAT 0800 0221204 |                 |
| ENDEREÇO:<br>RUA SENADOR DANTAS N 74 15º ANDAR – CENTRO |                           |                        |                 |
| CEP:20.031-205                                          | CIDADE:<br>RIO DE JANEIRO | UF:<br>RJ              | PAÍS:<br>BRASIL |



|                                                                                                   |                             |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Correios | <input type="checkbox"/> AR |  |
|                                                                                                   | <input type="checkbox"/> MP |                                                                                       |
| PESO (kg)                                                                                         |                             |                                                                                       |
| DY 78665255 8 BR                                                                                  |                             |                                                                                       |
|              |                             |                                                                                       |

RPC

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

|                                   |                                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausente  | <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente        |
| <input type="checkbox"/> Falecido | <input type="checkbox"/> Não existe o número indicado |
| <input type="checkbox"/> Recusado | <input type="checkbox"/> Desconhecido                 |
| <input type="checkbox"/> Mudou-se | <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____   |

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
RUBRICA DO RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
VISTO

MARIA DAS NEVES DU OLIVEIRA  
TRAVESSA A nº 17 NÚCLEO 9  
P S N C  
PETROLINA PE  
CEP= 56.334-899

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119645/18  
Vítima: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
CPF: 748.029.174-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/09/2017  
Titular do CPF: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA : 748.029.174-49

Autorização de pagamento

Outros



#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2018  
Nome: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
CPF: 748.029.174-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2018  
Nome: Elen Tais Alves Pereira  
CPF: 126.261.667-07

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA

Elen Tais Alves Pereira

De: Jose Carlos  
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33  
Para: Vinícius Campos da Silva <[vinicius.silva@seguradoralider.com.br](mailto:vinicius.silva@seguradoralider.com.br)>  
Cc: Sonia Faro <[soniafaro@seguradoralider.com.br](mailto:soniafaro@seguradoralider.com.br)>  
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho  
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail : [jose.carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose.carlos@seguradoralider.com.br)

---

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

---

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

---

De: Arthur Froes  
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18  
Para: Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>  
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

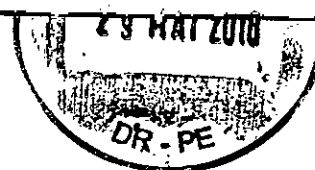
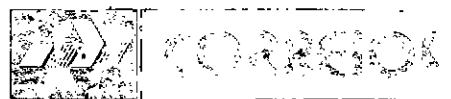
Arthur Fróes  
Superintendente de Sinistros  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)

Tel.: 55 21 3861-4286



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

empresa brasileira de correios e telégrafos



|                                                         |                           |                        |                 |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|
| SEGURADORA LÍDER – DPVAT                                |                           | SAC DPVAT 0800 0221204 |                 |
| ENDEREÇO:<br>RUA SENADOR DANTAS N 74 15º ANDAR – CENTRO |                           |                        |                 |
| CEP:20.031-205                                          | CIDADE:<br>RIO DE JANEIRO | UF:<br>RJ              | PAÍS:<br>BRASIL |

| USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS        |                                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausente  | <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente        |
| <input type="checkbox"/> Falecido | <input type="checkbox"/> Não existe o número indicado |
| <input type="checkbox"/> Recusado | <input type="checkbox"/> Desconhecido                 |
| <input type="checkbox"/> Mudou-se | <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) .....   |
| DATA                              | RUBRICA DO RESPONSÁVEL                                |
| VISTO                             |                                                       |

Remetente MARIA ASS NOVES APLICADA 87-9951-9248 87-3151-5564

Endereço RUA A PRIMA Nº 439 GARÇA CORAL

250 x 353 mm

56306-240

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180162757 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 17/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML Nº: 36236/2018.

## 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          |



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180162757 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO. DEPENDE DE EXAME PERICIAL COMPLEMENTAR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** VITIMA DEVERA RETORNAR PARA EXAME MEDICO PERICIAL COMPLEMENTAR, CONFORME ORIENTAÇÃO DO IML

**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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**