

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190389535**

**Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA**

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

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

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190389535**

**Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190389535**

**Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA**

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

Documentação médica-hospitalar

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

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA JOSE MARQUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001295**

Conta: **0000043660-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190389535**

**Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 15674799



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

71846791480

Nome completo da vítima:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

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

Nome completo:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

Profissão:

REC INF

Endereço:

SIT JOSE DE MOURA

CPF:

71846791480

Número:

SIN

Complemento:

CASA

Bairro:

AREA RURAL

E-mail:

(84) 96650454

Cidade:

SANTA CECILIA

Estado:

PB

CEP:

58463 000

Tel.(DDD):

(84) 96650454

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

 RECUZO 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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1295

CONTA: 43660

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

CONTEÚDO NÃO VINCULANTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

19 JUN 2019

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem prejuízo da documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

Gente Seguradora S.P.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CECILIA

ESTADO DA PARAÍBA

BRASIL

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Inscrição  
de Estadual  
e/ou  
municipal  
para regularizar  
o processo

Local e Data: SANTA CECILIA/PB 18/06/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X Maria José Marques da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A assinatura deve ser feita com caneta



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

71846791480

Nome completo da vítima:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

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

Nome completo:

Profissão:

KEC INF

Endereço:

SIT JOSE DE MOURA

CPF:

71846791480

Número:

SIN

Complemento:

ASA

CEP:

58463 000

Tel.(DDD):

(84) 96650454

Bairro:

ÁREA RURAL

Cidade:

SANTA CECILIA

Estado:

PB

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUZO 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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1295

CONTA: 43660

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

CONTEÚDO NÃO VINCULANTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

19 JUN 2019

Gente Seguradora S.P.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem prejuízo da documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  NãoVítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Inscrição  
de Estadual  
e Demais  
Organizações  
que representam

Local e Data: SANTA CECILIA/PB 18/06/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X Maria José Marques da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



530432



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO LÉRIO - DP126º CIRC DINTER1M6º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0216000077

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/05/2019 às 09:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuidoso (Consumado)  
que aconteceu no dia 24/2/2019 às 21:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, ESTRADA SENTIDO SANTA CECILIA/VERTENTE DO LERIO - bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: FÁBRICA DA MEGA Ô Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

BRUNO SOARES DE ASSIS (AUTOR VAGENTE )  
LUCIANA MARQUES DA SILVA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a). BRUNO SOARES DE ASSIS

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

LUCIANA MARQUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA Pai: LOURIVAL PATRICIO DA SILVA Data de Nascimento: 28/8/2004 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 982887693 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO DO GALO - CEP: 6 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL,

BRUNO SOARES DE ASSIS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RENATA SOARES DE SALES ASSIS Pai: GILBERTO PESSOA DE ASSIS Data de Nascimento: 11/2/2001 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 982748368

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO DO GALO - CEP: 6 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL,

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2019
Gesta Segundona S/A. Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 106-João Pessoa/PB

-----  
Objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS PLACA NM08337 (VEICULO) de  
proprietário (titular): BRUNO SOARES DE ASSIS, que estava em posse da(s) Sra(s):  
BRUNO SOARES DE ASSIS  
Categoría/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES Objeto apreendido:  
Não  
Cor PRETA - Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa NM08337 (PLACA/UNID/CONTA NÃO INFORMADO) Renavam 242936881 Chassi:  
SC1MD4628AR477832  
Combustível: ALCO/GASOL



### Complemento / Observação

LUCIANA MARQUES DA SILVA, ACOMPANHADA DO SEU COMPANHEIRO, BRUNO SOARES DA SILVA, INFORMANDO QUE, NO DIA 24 DE FEVEREIRO DESTE ANO DE 2019, ENQUANTO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, PLACA NM08337, QUE ERA CONDUZIDA POR BRUNO, PELA ESTRADA SENTIDO SANTA CECILIA/VERTENTE DO LÉRIO, PRÓXIMO A FÁBRICA DA NEGA O, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS POR OUTRA MOTOCICLETA, NÃO IDENTIFICADA, QUE INVADIU A CONTRAMÃO, INSTANTE EM QUE BRUNO TENTOU LIVRAR A COLISÃO, MAS A OUTRA MOTOCICLETA MESMO ASSIM COLIDIU COM A DE BRUNO, OCASIONANDO AS LESÕES EM LUCIANA, DESCRITAS NA DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ APAMI SURUBIM, ANEXO A ESTE BO. DIANTEISTO, OS DOIS VIERAM INFORMAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT JUNTO AO ÓRGÃO RESPONSÁVEL.

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

*Luciana Marques da Silva*  
LUCIANA MARQUES DA SILVA  
(VITIMA)  
*Bruno Soares de Assis*  
BRUNO SOARES DE ASSIS  
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DE MOURA JUNIOR - Matrícula:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 JUN 2019
3875278
Gente Seguradora S/A. Av. Dom Pedro I, 770 SL 108-Jd. Pernambu



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

71846791480

Nome completo da vítima:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

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

Nome completo:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

Profissão:

REC INF

Endereço:

SIT JOSE DE MOURA

CPF:

71846791480

Número:

SIN

Complemento:

CASA

CEP:

58463 000

Tel.(DDD):

(84) 96650454

Bairro:

ÁREA RURAL

Cidade:

SANTA CECILIA

Estado:

PB

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUZO 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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1295

CONTA: 43660

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

CONTEÚDO NÃO VINCULANTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

19 JUN 2019

Gente Seguradora S.P.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem prejuízo da documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

INSCRIÇÃO  
Data de  
nascimento:  
Localização  
do beneficiário

Local e Data: SANTA CECILIA/PB 18/06/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X Maria José Marques da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE

PARAÍBA

COMARCA DE

UMBuzeiro

MUNICÍPIO DE

SANTA CECÍLIA

DISTRITO DE

SANTA CECÍLIA

MÁRIA APARECIDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Oficial Privativa do Registro Civil

**NASCIMENTO N° 3554**

CERTIFICO que, às fls. 139, do livro nº A-4, de Registro de Nascimentos,  
foi lavrado hoje o assento de LUCIANA MARQUES DA SILVA.

X.X.X.X.X.X.X

nascida aos vinte e oito (28) de Agosto (08) de dois mil e  
quatro (2004) às 00 horas e 08 minutos, em IMIP - Recife -  
Pernambuco.

X.X.X.X.X.X do sexo femenino

filha de Lourival Patrício da Silva - Agricultor

natural de Pernambuco

e de Dona Maria José Marques da Silva - Agricultora  
natural de Pernambuco

DEPARTAMENTOS DE SANITROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2010

Sendo avôs paternos João Patrício da Silva

Ganto Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 105-João Pessoa/PB

e Dona Luiza Otilia da Conceição

e avôs maternos Heleno Marques de Oliveira

e Dona Luzia Maria da Conceição

Foi declarante O Genitor.

e serviram de testemunhas Apresentou Declaração Hospitalar.

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Observações: Feito de acordo com a Lei em vigor.

**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL**

E TABELOMATO

M. APARECIDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

OFICIAL

P. DISTRITO

SANTA CECILIA

O referido é verdade e dou fé.

Santa Cecilia

14 de Outubro de 2004.

M. Aparecida Albuquerque de Oliveira  
Oficial

M. Aparecida Albuquerque de Oliveira

Tabelia



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM  
Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE  
Fone: 81 – 36341624 Fax: 3634-1461  
CNPJ 11.754.025/0001-05  
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que LUCIANA MARQUES DA SILVA, deu entrada neste serviço no dia 24/02/2019, após acidente, feito atendimento em seguida transferida para o Hospital Regional do Agreste, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 20 de maio de 2019.

*Adriana Olivia Cabral*  
Adriana Olivia Cabral  
Funcionária Encarregada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DEVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2019
Gente Seguradora S/A Av. Dom Pedro I, 775 SL. 106-Jaú-PB-58700-000

# 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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000043660-7

---

Nr. da Autenticação 7572BFB9E45A2DB4







- 100 -

REQUISITOS

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOAO BATISTA 370

CPF 345 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENTIAL

CENTRO/SURUBIM  
SURUBIM PE  
55750-000

CONTA CONTRATO

MESANG

7005749888

06/2019

11/06/2019

04/07/2019

3753008

146,40

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		
Acréscim j Bandeira AMARELA		
Contrib Imp Pública Municipal		
ICMS Sut vencêo-CDE-INF 052958016-08/03/19		
ICMS Sut vencêo-CDE-NF 056744285-04/04/19		

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
06437530:	UNICA	04/06/2019
DEMANIFESTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/06/2019	2011168088	3753008





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERNADEZ inscrito (a) no CPF 574 940 534-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIANA MARQUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 718 467 914-80, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima LUCIANA MARQUES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 718 467 914-80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos de comprobatórios; CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

15 JUN 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Gente Seguradora S/A,  
Dom Pedro I, 778 Sl. 108-João Pessoa/PB

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua	JOAO BATISTA	370	CASA
Bairro	CENTRO	Estado	CEP
Final	SURUBIM	PE	55750 000
apfernandes1994@yandex.com.br		Telefone comercial (DDD) (81) 81335022	Telefone celular (DDD) (81) 96650454

SURUBIM/PE, 18 de JUNHO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

**HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA**

Atendimento: 119/31068 Data: 24/02/2019 21:40  
Convênio: SUS Matrícula:  
Médico: HENNAN SANTOS CARVALHO

Recep: WILSON  
Setor: URGENCIA/EMERGÊNCIA  
Cartão SUS: 898003259622235

Registro: 989093

Paciente: LUCIANA MARQUES DA SILVA  
Nascimento: 28/08/2004 - Idade: 14 anos  
Endereço: SITIO SAMABAIA DE BAIXO  
Bairro: ZONA RURAL  
IBGE/Cidade: SANTA CECILIA  
Pai: LOURIVAL BATISTA DA SILVA  
Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA  
Est. Civil: Solteiro(a)

Prontuário: 989093  
Cor: Branca  
Sexo: Feminino  
C.P.F.:  
Nº Cep: 58428-000 Identidade: /  
UF: PB Telefone:  
G. instrução:  
Ocupação: ESTUDANTE  
Naturalidade: RECIFE

OBS: CORREDOR

Anamnese e Exame Sumário: *Pelal de que eu me sinto com pressão alta.  
Dor no peito e dor, dor no peito, dor no abdômen. (1),  
dor de dor no abdômen.*

Exames Complementares:

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS
DEPT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 JUN 2019
Gente Seguradora: SIA Bom Pratice L775 Bl. 106 Jd. Pernambuco

Hip Diagnóstica / Cid: *Tensão*

Prescrição/Tratamento: *Cetia - 100mg*

*12 h - 110mg*

*lma*

*Eduardo José da Silva Serafim  
COREN-PE 46679678*

Reavaliação:

Materiais Usados:

*BRUNA SANTOS CARVALHO  
MED. CLÍNICO GERAL  
CRM-PB 8152  
CPF: 23156*

Assinatura e Carimbo do Médico

**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM**  
**Entidade Filantrópica Mantenedora do HOSPITAL SÃO LUIZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO BOM DESPACHO**  
**INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE**

**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

Unidade de Saúde:		Município:	Região de Saúde:
Nome do Paciente: <i>Ulcera Mangue da Sidra</i>			
Quadro Clínico: <i>Pact. int. h. abdominal, e pain l. In - dor e na E, opac</i> <i>pior pior de dia</i>			
Diagnóstico: <i>Fistula à hidro</i>			
<b>1<sup>o</sup> REMOÇÃO</b>	Destino: <i>Ribeira de Neves</i>	Município: <i>Ribeira</i>	H. de Saída
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Mudança de destino</i>	H. de Chegada:	
<b>2<sup>o</sup> REMOÇÃO</b>	Assinatura do Responsável: <i>Alexandre</i>	N.º do CRM: <i>21168</i>	Data: <i>29/02/19</i>
	Destino:	Município: DEPARTAMENTOS DE SINISTROS GDIAT	H. de Saída
<b>3<sup>o</sup> REMOÇÃO</b>	Motivo (Registro Detalhado)	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
	Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:
<b>4<sup>o</sup> REMOÇÃO</b>	Destino:	Gama Seguradora SA. Av. Dom Pedro I, 175 Centro São Paulo	
	Motivo (Registro Detalhado)	H. de Saída	H. de Chegada
Assinatura do Responsável:	N.º do CRM:	Data:	
Unidade Prestadora de Atendimento:	Município:		
Especificação do Atendimento Prestado:			



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIRO FERREIRA  
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

HRA

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **Sr(a) Luciana Marques da Silva**, Esteve interno nesta unidade de saúde no dia **25/02/2019** e foi transferida para outra unidade de saúde em **28/02/2019** com Registro Hospitalar : **334328** .

**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

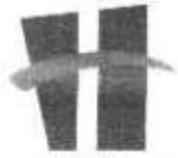
**Atenciosamente;**



**Caruaru, 30 de Maio 2019**

109.794.975/0269-27  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
Av. 2321 Km 130  
CNPJ: 00.3000.000-00  
CEP 55000-000  
Caruaru - PE

**setor de Arquivo (same)**



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

NOME:

Laura Trajano da Silveira

## LAUDO MÉDICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

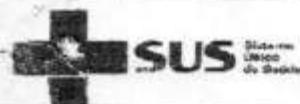
19 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 106-João Pessoa/PB

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o  
diagnóstico de: lura da perna CID-10: J32, foi  
submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia  
19 jun, 19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros,

21, 03, 19.



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante <b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante <b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>	4 - CNES 2344254

**Identificação do Paciente**

5 - Nome do Paciente <b>LUCIANA MARQUES DA SILVA</b>	6 - Número do Prontuário 124081		
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 702108742898293	8 - Data Nascimento 28/08/2004	9 - Sexo <b>FEMININO</b> <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - Raça/Cor 10.1- Etnia
11 - Nome da Mãe <b>MARIA JOSE MARQUES DA SILVA</b>	12 - Telefone de Contato 81.82748368		
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato		
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) <b>SITIO CAPOEIRAS, () - ZONA RURAL</b>	17 - Cod. IBGE município 2616183	18 - UF PE	19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinal e sintomas clínicos

*ptos q fraturou osso perna E, após /  
lado direito*

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

*RX diaz diaz*

23 - Diagnóstico inicial <b>FRATURA OSSOS PERNAS E</b>	24 - CID 10 Principais <b>5822</b>	25 - CID 10 Sec. <input checked="" type="checkbox"/> 04-33.05.0520	26 - CID 10 Causas associadas <input checked="" type="checkbox"/> 04-33.05.0520
---	---------------------------------------	---	--

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Suturar</i>	28 - Código do procedimento <input checked="" type="checkbox"/> 04-15.04.0035
---	--

29 - Clínica <i>ont</i>	30 - Caráter de Internação <i>temporaria</i>	31 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante <i>CRM-PE-3001</i>
----------------------------	---	-----------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Iron Alves</i>	34 - Data da solicitação <b>28/02/19</b>	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)
--	---	---

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>			
36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	<i>Raymundo Francisco de Souza Filho</i>
38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto			<i>Médico</i>

45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado      ( ) Empregador	( ) Autônomo	( ) Desempregado	( ) Aposentado
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor		
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado		

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	<b>Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261910545256-8</b>
--------------------------	--	--

*Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Dr. Mauricio Cabral da Silva  
CRM Nº 23.403  
Médico Autorizado*

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO****FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-05

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 534590 Data: 28/02/2019 Hora: 10:19

Recépc.: SIMONE VITORIA DE SANTANA

Convênio: SES - ORTOPEDIA

Matrícula: 702108742898293

Responsável:

Identidade:

Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Cartão SUS: 702108742898293

Paciente: 124081 LUCIANA MARQUES DA SILVA

Sexo: FEMININO Cor:

Nascimento: 28/08/2004 - 14 Anos e 6 Meses

Est. Civil:

Endereço: SITIO CAPOEIRAS,

C.P.F.

Bairro: ZONA RURAL

Identidade:

CE/Cidade: 2616183 VERTENTE DO LERIO

Telefone: 81.82748368

Pai: LOURIVAL PATRICIO DA SILVA

G.Instrução:

Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

Ocupação:

Nacionalidade: BRASIL

Naturalidade: RECIFE

Obs.: SENHA ORT. 544631

Queixa do Paciente:

*Jar na face**disparo Direito*

Q.A.:

*de c/ fratura ossos pernas E, atrofia  
francas*

Exame Físico:

*Fratura ossos pernas E, disparo Direito**Intacto*

Tratamento:

*Iron Alves  
CRM-PE 2011*

Bezerros, 28 de fevereiro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO****UNICA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-05

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 534590 Data: 28/02/2019 Hora: 10:19  
 Convênio: SES - ORTOPEDIA  
 Responsável:  
 Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepção: SIMONE VITORIA DE SANTANA  
 Matrícula: 702108742898293  
 Identidade:  
 Cartão SUS: 702108742898293

Paciente: 124081 LUCIANA MARQUES DA SILVA  
 Nascimento: 28/08/2004 - 14 Anos e 6 Meses  
 Endereço: SITIO CAPOEIRAS,  
 Bairro: ZONA RURAL  
 IBGE/Cidade: 2616183 VERTENTE DO LERIO  
 Pai: LOURIVAL PATRICIO DA SILVA  
 Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:  
 Est. Civil:  
 C.P.F.  
 Identidade:  
 Telefone: 81.82748368  
 G.Instrução:  
 Ocupação:  
 Naturalidade: RECIFE

Repcionista: \_\_\_\_\_

Letivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
 Assinou o termo

**Alta Hospitalar**

Data: 04/03/2019

Medico: Dr. Felipe Guedes  
 Ortopedista  
 CRM: 21025

Assinatura / CRM

**Observação****Transferência Hospitalar** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

**Diagnósticos**

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

**Óbito** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

Contrôlo Com Documento  
 Original Bezerro PE / /  
 Hspital Jesus Pequenino

**Hospital Regional  
JESUS PEQUENINO**  
**EVOLUÇÃO MÉDICA**

LUCIANA MARQUES DA SILVA

28/02/2019: PACIENTE COM FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA. AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

28/02/2019: OPERADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA. MEDICADO.

Dr Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

01/03/2019: PACIENTE EVOLUINDO COM DOR. MEDICADO.

Dr Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

02/03/2019: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

03/03/2019: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

04/03/2019: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM. 21025

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

NOME DO PACIENTE LUCIANA MARQUES DA SILVA CLINICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 124081
CIRURGÃO FELIPE GUEDES	
ANESTESIA RAQUIDIANA	ANESTESISTA DRA. LUCIA
DATA DA OPERAÇÃO 28/02/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA + FRACTURA EM PERNAS DIREITA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA + FRACTURA EM PERNAS DIREITA	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA + DEBRIDAMENTO DE FRACTURA EM PERNAS DIREITA	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
<b>DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. INCISÃO NA FACE LATERAL DA PERNAS 4. DEBRIDAMENTO EM PERNAS 5. DIVULSAÇÃO POR PLANOS 6. REDUÇÃO DA FRATURA 7. LAVAGEM COM SFO 0,9% 8. SUTURA POR PLANO 9. CURATIVO	

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM: 21825

# FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_  
 Data: 28/02/19

Anestesia:	NB		
Nome: <u>Luciana Marques da Silva</u>	Nº do Registro: <u>124081</u>	Nº na Clínica: _____	
Clinica: _____	Quarto: _____	Leito: _____	Idade: _____ Sexo: <u>F</u> Cor: _____
Operador: <u>Dr. Felipe</u>	Assist.: _____	Anestesista: <u>Dra. Lucia</u>	
Diag. Preop.: _____	Diag. Posop.: _____		
Op. Proposta: <u>Frat. Ossos da Perna.</u>	Op. Realizada: _____		
Premeditação: _____	Hora: _____	Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3)	Risco 1 - 2 - 3 - 4

## PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
	N2O	02												
líquidos venosos														
PA V	38	240	60	15	15	15								
PULSO	36	200												
ANES x	34	180	100	95										
OP O	32	160												
TEMP. A	30	140												
ASPIR. A	28	120												
RESP. O	26	100												
	24	80												
	22	60												
	20	40												
Expon.														
Assist.														
Contro.														
SÍMBOLOS														

AGENTES A.	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
B.	① Domonid 5mg	med simple L3/L4	Conferido Com Documento Original Bezerros PE / / Hospital Jesus Pequenino
C.	② Neoc. pescada 15mg	Ag. endotraq. 50x25	
D.	③ Dimef 0,10mg		
E.	④ Cefalotin 2g		
F.			
G.			
LÍQUIDOS	500,97. -1000ml	CÂNULA - NASO/ÓRO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO SOB. - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	
TOTAL		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vomito
ANESTESISTA:	Dra. Lucia CRM-PE 21025 <i>[Signature]</i>	CIRURGIAO:	Hemorragia Aritmia Bradí - Taquicardia - Choque
		Dr. Felipe Guedes CRM-PE 21025 <i>[Signature]</i>	PERDA SANGUÍNEA:



CATEGORIA: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Luciana Marques da Silveira Registro N° 124081  
 Aptº. \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 28/10/21/19  
 Cirurgia: Fract de Ossos de perna Cirurgião: D. Felipe  
 Anestesia: Ranque Anestesista: D. Lúcia  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>01 amp</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelcincin			
Decadron	<u>01 amp</u>			Rifocina 150			
Dormonid	<u>01 amp</u>			Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil				Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico <u>50ml</u> 1.000			
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				<u>nausechex</u>	<u>01 amp</u>		
Keflin	<u>1g</u>	<u>02 amp</u>		<u>Tenosicam</u>	<u>01</u>		
Ketalar				<u>el. 1 reabs</u>	<u>05 unid</u>		
Lasix				<u>Dimox 0,1</u>	<u>01 amp</u>		
Methergin							
Marcaína Pesada	<u>01 amp</u>						
Marcaína s/a							
Marcaína c/a							

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE / /  
Hospital Jesus Pequenino

Vigor 10/10/2019  
Assinatura

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Agulha Desc. 25x7	0,3	unid		Vaselina Bisnaga			
Agulha Gengival 10x120	0,1	unid		FIOS			
Agulha Raque ~ 25	0,1	unid		CatGut Simpa s/a			
Aguilha Sutura				CatGut Simp c/a			
Algodão Hidrófilo	0,2	pct		CatGut Crom s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Crom c/a	0	0,1	unid
Atadura Gase				Fio de Algodão			
Atadura Crepe 15c +	0,2	unid		Fio de Aço			
Atadura Gesso				Fio Kirschner			
Bolsa p/ Colostomia				Fio Umbilical			
Comp. Cirúrgica c/105	0,2	pct		Mononylon			
Dreno Tórax				Mononylon 2.00/12 0,3	unid		
Dreno Tórax Kerr				Prolene			
Dreno Penrose				Prolene			
Equipo p/ Soro				Polycot			
Equipo Macro Gotas				Seda			
Espadrado	TAX			Seda			
Espadrado Anti-alérgico							
Espadrado Micropore							
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	0,5	pct		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada				Água Oxigenada	100		
Gelfoan				Álcool Simples	70	100	
H. Kuntscher				Álcool Iodado			
Intracath	2			Éter			
Luva Descartável 7,0x7,5	0,4	Pares		Formol			
Luva Comum m	0,4			Germpol			
Lâmina Bisturi n: 21	0,2	unid		Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen				clorexodina 200			
P. L. Sherman				OXIGÊNIO			
Pr. S. Petersen				oximetro de pulso			
Par. Sherman							
Pino Stelman							
Prótese Thompson							
Scalp							
Seringa 03 cc	0,1	unid		PROTÓXIDO			
Seringa 05 cc	0,1						
Seringa 10 cc	0,2	n					
Seringa 20 cc							
Seringa Vidro 05 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 10 cc							
Seringa Vidro 20 cc							
Seringa de 01 cc							
Sonda Estom n°							
Sonda Levine n°							
Sonda Uretral n°							
Sonda Foley n°							
Sonda "3v n°							
Sonda p/ O <sub>2</sub>	0,1	unid					

Contendo com Documento  
 Original Bezerra PE  
 Hospital Jesus Pequeno

Perfit  
D

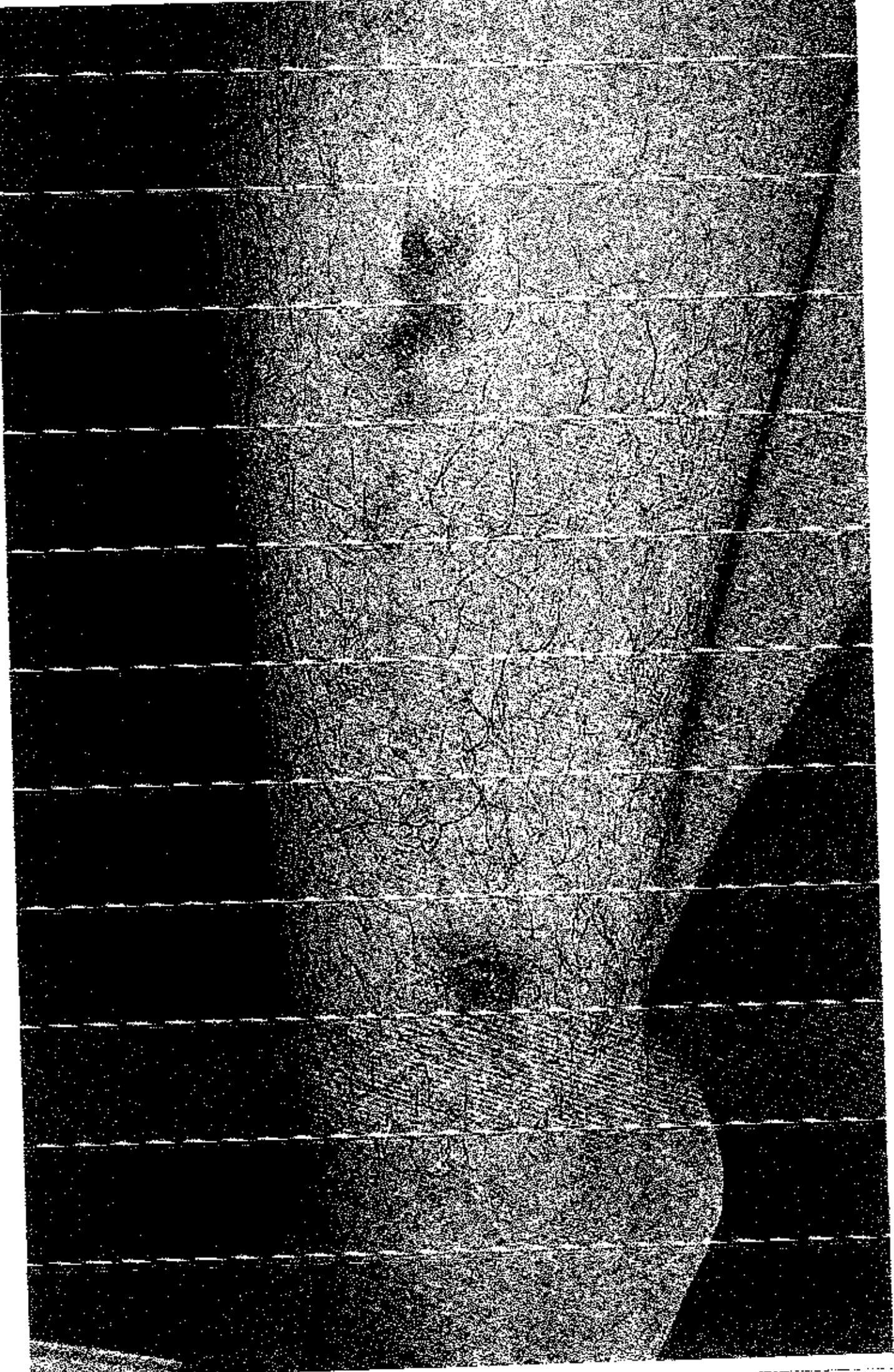
三

七  
四

٦

HOSPITAL SÃO LUIZ - APAM  
Data Ex: 16/08/2019  
Hora Ex: 14:39

**LUCIANA MARQUES DA SILVA**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE

PARAÍBA

COMARCA DE

UMBuzeiro

MUNICÍPIO DE

SANTA CECÍLIA

DISTRITO DE

SANTA CECÍLIA

MÁRIA APARECIDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Oficial Privativa do Registro Civil

**NASCIMENTO N° 3554**

CERTIFICO que, às fls. 139, do livro nº A-4, de Registro de Nascimentos,  
foi lavrado hoje o assento de LUCIANA MARQUES DA SILVA.

X.X.X.X.X.X.X

nascida aos vinte e oito (28) de Agosto (08) de dois mil e  
quatro (2004) às 00 horas e 08 minutos, em IMIP - Recife -  
Pernambuco.

X.X.X.X.X.X do sexo femenino

filha de Lourival Patrício da Silva - Agricultor

natural de Pernambuco

e de Dona Maria José Marques da Silva - Agricultora  
natural de Pernambuco

DEPARTAMENTOS DE SANITROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2010

Sendo avôs paternos João Patrício da Silva

Ganto Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 105-João Pessoa/PB

e Dona Luiza Otilia da Conceição

e avôs maternos Heleno Marques de Oliveira

e Dona Luzia Maria da Conceição

Foi declarante O Genitor.

e serviram de testemunhas Apresentou Declaração Hospitalar.

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Observações: Feito de acordo com a Lei em vigor.

**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL**

E TABELOMATO

M. APARECIDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

OFICIAL

P. DISTRITO

SANTA CECILIA

O referido é verdade e dou fé.  
Santa Cecilia

14 de Outubro de 2004.

M. Aparecida Albuquerque de Oliveira  
Oficial

M. Aparecida Albuquerque de Oliveira

Tabella

**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



Número  
**718.467.914-80**

Nome  
**LUCIANA MARQUES DA SILVA**

Nascimento  
28/08/2004

CÓDIGO DE CONTROLE  
0A8A.DD98.4AAA.BA4C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:46:15 do dia 19/03/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
ESPECIAL 4.055.054 DATA DE  
EXPERGÃO 04.12.2000

NOME  
MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA,

RESIDÊNCIA  
Heleno Marques de Oliveira  
Luzia Maria da Conceição

NATURALIDADE Santa Maria do Cambucá-PE DATA DE NASCIMENTO  
26.04.1966

DOC. OFICIAL C.C.1078-L.B2aux-F.240-Cart.  
Santa Maria do Cambucá-PE

764.979.094-00

LEI N° 7.110 DE 29/08/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2019

Gente Segundona S/A.  
Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 106-João Pessoa/PE

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**



**NOME:** EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
**DOC. IDENT. O.R. DIRETOR:** 3892028 SSP PE  
**SP:** CATA-NASCIMENTO  
**574.940.534-68 04/04/1968**  
**PLACAS:**  
**AMANO FERNANDES DE OLIVEIRA RONINHO**  
**DALVANT CORTE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**  
**PERÍODO:** [REDACTED] **AC:** [REDACTED] **CHAM:** [REDACTED] **AD:** [REDACTED]  
**PERÍODO:** 04/04/1968 **VENCÊCIO:** 15/12/2020 **PRATICADO:** 25/09/1986

**RESIDÊNCIA:**  
**A** [REDACTED]

**ASSINATURA DO PORTADOR:**  
**LOCA:** SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE **DATA EMISSÃO:** 15/12/2015  
**Assinatura:** [REDACTED] **47587076291**  
**PRÓTOCOLO:** 28070298467  
**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

19 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
 Lda. Dom Pedro I, 776 St. 10º- Julio Pessanha/PE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209269/19

**Vítima:** LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF: 718.467.914-80

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

**Data do acidente:** 24/02/2019

**Titular do CPF:** LUCIANA MARQUES DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Certidão de nascimento
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### MARIA JOSE MARQUES DA SILVA : 764.979.094-00

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

### LUCIANA MARQUES DA SILVA : 718.467.914-80

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO



- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/06/2019

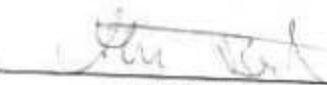
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

## Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2019

Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

  
ALINE GOMES DE BRITO



<b>PLACA</b>	NMG8357
<b>RENAVAM</b>	00242935001
<b>PROPRIETÁRIO</b>	ADALTO DA C BARBOSA JUNIOR
<b>ANO DO LICENCIAMENTO</b>	2015
<b>CATEGORIA</b>	PARTICULAR
<b>COR</b>	PRETA
<b>ROUBO / FURTO</b>	NAO
<b>TIPO</b>	MOTOCICLETA
<b>COMBUSTÍVEL</b>	ALCO/GASOL
<b>ESPÉCIE</b>	PASSAGEIRO
<b>RESTRIÇÃO DE VENDA</b>	AF/BCO BRADESCO FINANCIAMENTO S.A.
<b>LACRE / UF</b>	0 / None
<b>ANO DE FABRICAÇÃO</b>	2010
<b>NÚMERO AR</b>	JQ885210675BR ( <u>CONSULTAR RASTREIO NOS CORREIOS</u> )



SANTA CECILIA (PB), 01 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: LUCIANA MARQUES DA SILVA  
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3190389535

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do acidente de trânsito que minha filha sofreu, fato ocorrido em 24/02/2019, se encontrava apenas como GARUPA na motocicleta HONDA NXR 150 BROS, de placa NMG 8357, que não é de sua propriedade, e que não conhecemos o proprietário. Ela foi apenas vítima de um acidente que a deixou com seqüelas e que não temos responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S<sup>a</sup>, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".

Nestes Termos  
Espera Deferimento

*Maria José Marques da Silva*  
MARIA JOSE MARQUES DA SILVA  
GENITORA/REPRESENTANTE LEGAL



## A SEGURADORA LÍDER

VÍTIMA: LUCIANA MARQUES DA SILVA(15 anos)

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190389535

Solicito de V.S<sup>a</sup>, que eu o meu processo seja REANALISADO, uma vez que fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 24/02/2019, conforme BO/PC/PE nº 19E0216000123, na ocasião sofri **LESÕES GRAVES EM MINHA Perna Direita, ONDE FUI SUBMETIDO A CIRURGIA**, fiz todo tratamento, porém, me encontro com seqüelas, impossibilitado de trabalhar, no entanto, foi liberado para mim uma importância inferior ao que tenho Direito de receber. Não fui submetido a PERICIA para avaliar minha seqüela. Em contato com o atendimento da LIDER, fui orientado a fazer uma carta solicitando o pagamento do restante a que tenho Direito, portanto, solicito de V.S<sup>a</sup>, que seja designado uma PERICIA COM MÉDICO INDICADO PELA LÍDER para que eu seja avaliada realmente e receba o valor que tenho direito.

Surubim(PE), 09 de janeiro de 2020.

Maria José Marques da Silva  
MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA, representante legal  
da vitima LUCIANA MARQUES DA SILVA( 15 anos )

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, entre no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190389535**

Data da solicitação:

**01/04/2020**  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **LUCIANA MARQUES DA SILVA**

CPF do beneficiário:

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(81) 9665-0454** Tel. Comercial: (      )      DDD

Tel. Residencial: (      )      DDD

E-mail: .....@.....

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

**CARTA + DOC - IMAGEM**

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**SANTA CECÍLIA PB, 27/03/2020**

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

**xmaria José marques da Silva**

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue ao mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

O observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escrever pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior o nome, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190389535      **Cidade:** Vertente do Lério      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANA MARQUES DA SILVA      **Data do acidente:** 24/02/2019      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190389535      **Cidade:** Vertente do Lério      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIANA MARQUES DA SILVA      **Data do acidente:** 24/02/2019      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 02/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (P5).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: <u>Maria José Marques da Silva</u>
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>
PROFISSÃO: <u>Advogada</u>
IDENTIDADE: <u>4.055.054-505/PE - CPF: 964.979.094/00</u>
DATA DO ACIDENTE: <u>24/02/2019</u>
COBERTURA: <u>INVALIDEZ</u>
VÍTIMA: <u>Luciana Marques da Silva (14 anos)</u>
ENDEREÇO: <u>Sítio José de Moraes, s/n - ÁREA RURAL - Santa Cecília (PB)</u>

OUTORGADO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2019

Gerência Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 770 SL 106-Júlio Pessolatti/PB

NOME: <u>EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES</u>
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>
PROFISSÃO: <u>Funcionário Pública Aposentado</u>
IDENTIDADE: <u>3092028- SSP/PE.</u>
ENDEREÇO: <u>Rua João Batista, nº 370, Centro, Suáribim (PB)</u>

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.

Santa Cecília - PB, 03 de maio de 2019



Maria José Marques da Silva

CARTÓRIO REG CIVIL E NOTAS DE STA CECILIA  
Rua Manoel Rodopiano Sales, S/N, Centro, Santa Cecília

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Reconheço por autenticidade, a(s) firma(s) de:

Maria José Marques da Silva

Dono(a): Santa Cecília PB - 03/05/2019

Notário: Maria Antreida Almeida Costa da Cunha

DNHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

Cartório de Registro Civil

de Tubalino - 1 -

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209269/19

Número do Sinistro: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF: 718.467.914-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: LUCIANA MARQUES DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

**EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/07/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 10/07/2019

Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

ALINE GOMES DE BRITO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209269/19

Número do Sinistro: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF: 718.467.914-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

LUCIANA MARQUES DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 02/04/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 02/04/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

---

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

---

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209269/19

Número do Sinistro: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF: 718.467.914-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

LUCIANA MARQUES DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa