



Número: **0021277-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65533822	30/07/2020 15:15	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação C4FB8F32B1D57D98



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151992 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO E ÍSQUIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 10/18/30/38

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL DIREITO.

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 DE QUADRIL DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





HOSPITAL BARÃO DE LUCENA EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 838871

Prontuário: 8586194

Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Data Nasc.: 21/09/1986

Idade: 30

Gênero: FEMININO

Cor: PARDA

CPF:

RG: 7422789

CNS: 898002326913002

Endereço: RUA LAJES

Nº: 49

Bairro: SAN MARTIN

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50760170

Fone: 5581985644713

Profissão: CAMAREIRO

Nome da Mãe: VANDETE MARIA DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Clínica: GINECOLOGIA/OBSTETRICA

2 - ATENDIMENTO

Data: 04/05/2017 03:52

Médico: ANA MARIA LESSA DE SOUZA

Queixa Principal / HDA:

SVIP III
(2 R)

Paciente vítima de acidente de trânsito.
Suspeita de lesões graves.

IG: 2 GR, CONSCIENTE, NEUROLOGICA

Exame Físico:

ADAMIA, PULSO DISTAL, RESO:
TOMOS SIMILARES
BCF: 162 bpm

PA:

122/70

FC:

188

FR:

24-28

Diag. Provisório:

GUTT (26/27) + PDR SIMILAR

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

→ NÃO HÁ INDICAÇÃO DE USO NO MOMENTO
→ OBSERVAÇÃO: CLÍNICA
→ Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação.
Re-hidratação 12g - 21ml, em 2x
Também 12g + 50g, 100ml, EV

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 JUN 2018
Rua... 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 51030-010
RECIFE-PE

Assinado Medicamente
ATUBO

Médico





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital Barão de Lucena - SUS/PE

SUMÁRIO DE ALTA CLÍNICO / CIRÚRGICO / OBSTÉTRICO

Nome:	Amaral Francisco da Silva			Prontuário:	8561194
Data de nascimento:	21/09/1986	Clinica:	Obstétrica - AR		
Data de Admissão:	09/05/17	Data de Alta:	29/05/17		

Resumo da Internação: G5P2A2 / IG = 26mm 3d (DVM)
Ostensa admissão no SUS no dia 09/05/17 com
lesão cirúrgica de caráter autoamobilatório. Foi submetido
a plano de parto e avaliação da tração da
do hospital da maternidade que diagnosticou falha de
relaxamento uterino e placenta baixa. Foi submetido
a cesariana em uso de anestesia. Foi feita a
diagnóstico para possível lesão. Foi feita a
comprovação de lesão. Foi feita a
diagnóstico de lesão. Foi feita a
diagnóstico de lesão. Foi feita a

Diagnóstico:	G5P2A2 / IG = 26mm 3d (DVM) 25mm 3d USG 2T.	
25/05/17 → HHG = 1mm = M 650 / 48 = M 12 / 36 = 76. / Plog = 258		
PC2 = 0,35		
CS = H2 = A + / Troca = negativa / SV = 3mm PIC		
CHV = IGM = 0,26 (N reagente) / Ateia IG = Reagente		
IGG = Reagente		
Toxo pro m: Reagente / ISM = N reag / Art. NBS = Reagente		
Examen	R0 + PE: BT = 0,63 / BD = 0,25 / BI = 0,38 / CO = 16	
	TGP = 19 / OugT = 0,4 / W2 20 / AC W2 = 3,4	
15/05	USG 2T = P20 = 620g / EA = AL / BCF = 159 / Pico anterior	

Tratamento Cirúrgico:

Cirurgia(s) Realizada(s)

Cirurgião(ões) Responsável(ais):

05.802.494/0001-31

TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS EDP

11 JUN 2018

Rua da Aurora, 1015 - 51010-010
Recife - PE - 51010-010

Condições Clínicas na Alta:
 Alta em boas condições clínicas, orientada, com
 orientações de cuidados e internação.

Medicações e Orientações:
 1) Ventarolol
 2) Do Ambulatório de Insuficiência Renal
 3) Hospital Orientação Cirúrgica (Via de Porto)

Encaminhado para:	Enfermaria ()	Data:
	Ambulatório de Egresso ()	Data:
	Ambulatório de Especialidade ()	Data:
	PSF ()	Data:
	Outro:	Data:

Data:

Assinatura e Carimbo
 05.802.474-1
 TRACÃO CORRETORES
 DE SEGUROS LTDA
 14 JUN 2020
 Rua da Aurora, 175, 5º andar, Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA

HBL

INTERNAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

DATA: 04/05/17

HORA: 05h

CNS: 898002326913002

Atendimento: 838874

8586194 JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Nasc.: 21/09/1986 Idade: 30 GÊNERO: FEMININO

Cor: PARDA Escolaridade: FUNDAMENTAL SA A BA COM

Mãe: VANDETE MARIA DA SILVA

End.: RUA LAJES

Bairro: SAN MARTIN

Cidade: RECIFE

Nº 49

Telefone: 5581985644713 S. Conjugel:

Clinica: CENTRO OBSTETRICO Leito: COB - 16

GESTAS 05. PARA 02 ABORTO 02 NÚMERO DE FILHOS VIVOS 02

PARTOS NORMAIS 02 PARTOS CESÁREAS 02 INDICAÇÃO

QUIM 1 1 IG 5 d (DUM) IG 26/27 d (USG CORRIGIDA de 5 d)

COMORBIDADES NESTA GESTAÇÃO:

PROCEDÊNCIA: () RESIDÊNCIA () TRANSFERIDA DE

SENHA

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: Paciente refere dor abdominal de início súbito, tipo cólica, localizada no hipocôndrio superior esquerdo, com irradiação para a região da nuca. Apresenta náuseas e vômitos, sem perda de consciência. Refere dor a movimentos de membros inferiores.

PRÉ-NATAL (X) SIM () NÃO

NÚMERO DE CONSULTAS Inferior a cinco

NOME FÍSICO

ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () GRAVE MUCOSA: (X) CORADA (X) HIPOCORADA 1+/4

HIDRATADA (X) DESIDRATADA 1+/4 (X) ANICTÉRICA () ICTÉRICA 1+/4 (X) AFEBRIL () FEBRIL 1°C

(X) ACIANÓTICA () CIANÓTICA 1+/4 EDEMA - 1+/4 em

(X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE (X) ORIENTADA () DESORIENTADA

GLASGOW

155.802.494/0001-41

TRACAD CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

100 x 70 MMHG PROTEINÚRIA DE FITA 1+/4

CEFALÉIA () EPIGASTRALGIA () NÁUSEAS () VÔMITOS () TRANSTORNOS VISUAIS

(X) NEGA QUEIXAS DE IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA

CV FC: 120

AR

FC: 24-28

14 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bairro: CEP 51.060-010
RECIFE-PE

NOME OBSTÉTRICO / GINECOLÓGICO

25 cm Nº DE CONTRAÇÕES UTERINAS 0 de seg em 10 min

TÔNUS UTERINO () FISIOLÓGICO () AUMENTADO BCF 160 bpm DESACELERAÇÕES () NÃO () DIP I () DIP II () DIP III

POSICÃO () DIR (X) ESQ SITUAÇÃO () LONG () TRANSV APRESENTAÇÃO () CEF () PÉLV () CÔRMICO () OUTRA

TOQUE VAGINAL: COLO DILATADO 10 cm APAGADO %

INSERÇÃO () ALTO E MÓVEL () FIXO () INSERUIDO PLANO Hodge / De Lee

MEMBRANA AMNIÓTICA () ÍNTEGRA () ROTA () DÚVIDA LÍQUIDO AMNIÓTICO: () CLARO () MECONIZADO 1+/4 () HEMODÂNIO

TOQUE VAGINAL DE PACIENTE NÃO GRÁVIDA

NOME ESPECULAR

OUTROS ACHADOS RELEVANTES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA 1) Outpt 26/27 2) Trauma Abdominal Fechado

DESTINO () SALA DE PARTO () ALTO RISCO () COB () JUTI () OUTROS 3) Leito em Pronto Socorro

EXAMES SOLICITADOS 1) Solicito fazer a ultrassonografia. 2) Exame de urina. 3) Exame de sangue.

MÉDICO (CARIMBO + ASSINATURA)





SECRETARIA DE SAÚDE



GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM: Bene
DESTINO: Baão
SENHA: 5160688 HORA: 3:54
NOME: José Maria Francisco de S. IDADE: 30
RAÇA/COR: () Parda () Branca () Preta () Amarela () Indígena
GESTA: 5 PARA: 2 DUM: 23/11/17 ID. GEST.: 26,3m

HDA: Paciente atendida, chega após acidente de carro. Queixa-se de dor na região abdominal. Perda de consciência. Alteração de pulso.
Ao exame: BCF, 160bpm, queixa de dor na região abdominal, capnemia AB e ACU em alt. FC: 100bpm, FR: 24rpm. ABB 4mmHg, ponto distendido, ceto-léu = 5mm ceto-conting, supratentorial, AFU: 23cm.
Dados fisiológicos: BCF: 160bpm, dor na região abdominal.

EXAME OBSTÉTRICO: palpação principalmente em FD e FID, em alt. TU: 10cm, 10cm, 10cm.
PA: 100x70 DU: 0 TÔNUS: 120/80 BCF: 160 Sangue: maio

APRESENTAÇÃO: distendida DILATAÇÃO: distendida

APAGAMENTO: distendida MEMBRANAS: distendida

HD: 626UTPT 26,3m (DUM) + acidente de carro + dor abdominal

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: acidente de carro + dor abdominal

Julio Cesar EU + buscapem
simples

05.802.494/0001-45
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 B/C
Bom Vista - CEP: 51.060-010

RECIFE

MÉDICO

DATA: 04/05/17
HORA: 03:54

DATA:	REAVLIAÇÃO NUTRICIONAL (1):		
15/05/17	IG: 24	Peso (Kg): 77,8	Edema: - IMC (Kg/m2): 30,77
HORA:	Classificação: <u>Sobrepeso</u>		Ganho Ponderal: -
CONDUTA NUTRICIONAL:	Paciente com boa oscilação e com função intestinal regularizada. Conduta mantida.		
	(S)		

DATA:	REAVLIAÇÃO NUTRICIONAL (2):		
22/05/17	IG: 25	Peso (Kg): 76,6	Edema: - IMC (Kg/m2): 30,30
HORA:	Classificação: <u>Sobrepeso</u>		Ganho Ponderal: -
CONDUTA NUTRICIONAL:	Paciente sem quixas. Conduta mantida.		
	(S)		

DATA:	REAVLIAÇÃO NUTRICIONAL (3):		
	IG: _____	Peso (Kg): _____	Edema: _____ IMC (Kg/m2): _____
HORA:	Classificação: _____		Ganho Ponderal: _____
CONDUTA NUTRICIONAL:	<div style="text-align: right;"> 05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 14 JUN 2018 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C Bos Vista - CEP 30.050-010 RECIFE-PE </div>		

DATA:	REAVLIAÇÃO NUTRICIONAL (4):		
	IG: _____	Peso (Kg): _____	Edema: _____ IMC (Kg/m2): _____
HORA:	Classificação: _____		Ganho Ponderal: _____
CONDUTA NUTRICIONAL:			





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Barão de Lucena
Setor de Nutrição

FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

5º andar - GESTAÇÃO DE ALTO RISCO



Paciente:	Josiane Francisco da Silva	Leito:	501-3	Data:	09/05/17
Prontuário:	8586194	Idade:	30		
Diagnóstico:	Fratura de quadril	PPG:	72 kg	Hora:	

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

() DM () Hipertensão () Anemia (X) Outras: Nega

ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR:

(X) Não () Sim Qual(is):

QUEIXAS DIGESTIVAS:

() Azia () Náuseas/Vômitos () Inapetência () Gases (X) Outras: Nega

FUNÇÃO INTESTINAL:

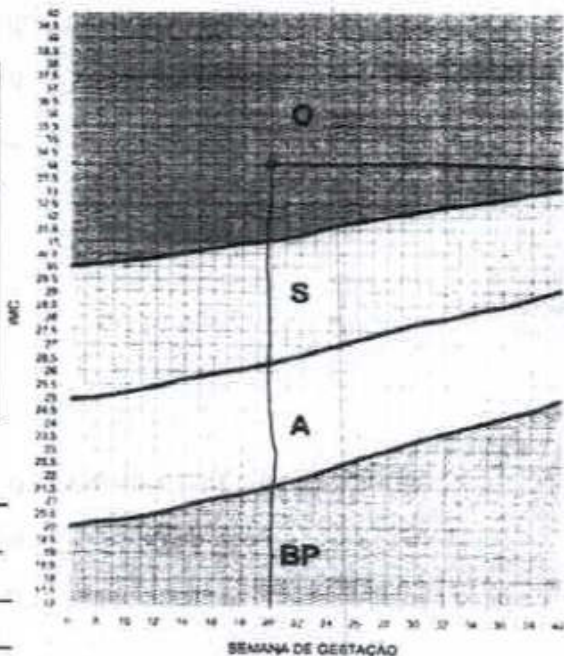
() Regular () Diarreia (X) Constipação Obs:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2017

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante
Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



AValiação Nutricional de Admissão

Altura (m):	1,59	IG:	20	Edema:	-
Peso (Kg):	86,0	Perda de Peso:	-		
IMC (Kg/m²):	34,02	MUST*:	00	Reavaliação:	() Semanal
Classificação:	Obesidade	Classificação:	Baixo Risco		() 3/3 dias

*(adaptação BAPEN, 2013)

OBSERVAÇÕES GERAIS:

CONDUTA NUTRICIONAL:

fornece dieta baseada devido ao quadro de constipação (há 6 dias). Segue em acompanhamento. Não será possível acompanhar estado nutricional devido a impossibilidade de alimentação.

BP Baixo Peso A Adequado S Sobrepeso Obeso

Fonte: ANVISA 1995, modificada

Atualizado 2002



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA
LAUDO P/ EMISSÃO DE AIN NOS HOSPITAIS PÚBLICOS
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA AIN N°

NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	
CEP	DATA DE NASCIMENTO	BEXO	CONDICÃO
		Masc. [] 1 [] 3	Sag. [] 2 [] 4 [] 6 [] 8
NOME DO SEGURADO			
CIC Do Médico Solicitante	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		CIC do Médico Responsável
	Empregado [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6		
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE ÓRTESE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI		<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DO ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES	
<input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH		<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
Faltando exames 29/05/11			
05.802.494/0001-41 TRACAO CORRRETORA DE SEGUROS LTDA 14 JUN 2011 Rua da Aurora, nº 175, 5º 202 BL C Boa Vista - CEP: 50.050-010 RECIFE PE			
RESUMO DE INTERNAÇÃO			
26 dias Trauma abdominal por 9 x 10 cm			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		CÓDIGO	
Infecção		0303/10004	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		CÓDIGO	
MOTIVO DA ALTA			
Alta Respiratória			
DATA DE INTERNAÇÃO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	
04/05/11	29/05/11	25 dias	

ESPECIFICAÇÃO DOS EXAMES REALIZADOS

0202010004
 0202010051
 0202010043
 0202010346
 0202010317
 0202010080
 0202010201
 0202010120
 0202020340
 020200023
 0205020143

10
 10
 10
 10
 10
 10
 10
 10
 10
 08
 04

05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 11 JUN 2019
 Rua Aurora, 1175, 9.902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50070-010
 RECIFE-PE

OUTROS PROCEDIMENTOS

Dr. Edilberto

Imunização de Unas 006

DATA 29.05.2019

DATA 29.05.19

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO CHEFE DA CLÍNICA



Condições Clínicas na Alta:
Após 20 dias de tratamento clínico com sucesso, com
condições de internar-se em enfermaria

Medicações e Orientações:
1) Antipirético
2) Do ambulatório de Especialidade no dia
3) Orientação da Enfermaria (Via de parto)

Encaminhado para:	Enfermaria ()	Data:
	Ambulatório de Egresso ()	Data:
	Ambulatório de Especialidade ()	Data:
	PSF ()	Data:
	Outro:	Data:

Data:

Assinatura e Carimbo

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 14 JUN 2019
 Rua da Aurora, 10175, 51.902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 51.060-010
 RECIFE-PE

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

HOSPITAL BARÃO DE LUCENA

**DECLARAÇÃO BASEADA EM DADOS CONTIDOS EM
PRONTUÁRIO ARQUIVADO NO SAME - HBL .**

**RESPONDENDO À SOLICITAÇÃO DA SRA JOSEANE
FRANCISCO DA SILVA , ANALISANDO DADOS
CONTIDOS NO PRONTUÁRIO 8586194 PERTENCENTE
À MESMA , CONSTATAMOS QUE A PACIENTE
ESTEVE INTERNADA NESTE SERVIÇO ENTRE OS
DIAS 04/05/2017 A 29/05/2017 , PROCEDIMENTOS
0303100044 , CID 10 071.9 + 099.8 .**

RECIFE, 10/07/2017 .

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

Jose Bastos Filho
Médico
CRM - 7130

AV. CAXANGÁ, 3860 – IPUTINGA – RECIFE/PE
FONE: 3184-6400 / FAX: 3184-6609
E-mail: hbl@saude.pe.gov.br





05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRA
 Profissão: DONA
 Identidade: 7422.789 CPF: 067.956.344-00
 Endereço: RUA HENRIQUE DIAS, 226 - ITOARAU - PE

OUTORGADO:

Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: DIVORCIADO
 Profissão: AUTOMOTIVO
 Identidade: 10.151.893 CPF: 406.013.406-63
 Endereço: P. BOA SORTE, 812 - APTO. 101 - A. LIMA - PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS

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, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

14 JUN 2019

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

ABREU LIMA 1805.18

LOCAL E DATA:



JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
 ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151992

Vítima: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO 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

Carta nº 15717183





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151992

Vítima: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO 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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001361-7

Conta: 000010046405-X

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00317/00318 - carta_15R - INVALIDEZ



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 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: _____ CPF da Vítima: 067.955.344-00 Nome completo da vítima: JOSEANE FRANCISCA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>JOSEANE FRANCISCA DA SILVA</u>	CPF titular da conta <u>067.955.344-00</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>RUA HENRIQUE DIAL</u>	Número <u>226</u>	Complemento
Bairro <u>LOT. ACAMENON</u>	Cidade <u>IOARAUSSU</u>	Estado <u>PE</u>
E-mail	CEP <u>53.640-578</u>	Telefone (DDD) <u>81-98300 8580</u>

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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 1361 DIV: 7 CONTA: 46405 INV: 8
(Informar dígito se existir)

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

BANCO: _____ NOME: _____
 AGÊNCIA: _____ DIV: _____
(Informar dígito se existir)

05.802.494/0001-41

FRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
(Informar dígito se existir)

14 JUN 2013

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 minha Agência de Conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

IOARAUSSU 11 de 06 de 18
Local e Data

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSÉANE FRANCISCO DA SILVA

CPF da Vítima

067.955.344-00

Data do Acidente

04.05.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de perícia do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

JOSÉANE FRANCISCO DA SILVA, 11 de 06 de 18

Local e Data

JOSÉANE FRANCISCO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 012.04.2018
EM: 09.04.2018

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl 302 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327407**, que no dia 04 de maio de 2017, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h22, vítima envolvida em colisão entre automóvel com poste, na Avenida Caxangá, imediações ao Colégio CFI, Caxangá, Recife/PE e, em seguida, encaminhada à Policlínica Arnaldo Marques e, posteriormente, redirecionada para o Hospital Barão de Lucena, Recife, 09 de abril de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

