



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
65533 822	30/07/2020 15:15	<u>ANEXO 1</u>	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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 15:15:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073015150183100000064304179>
Número do documento: 20073015150183100000064304179

Num. 65533822 - Pág. 1

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



DENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Atendimento: 838871	Prontuário: 8586194
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA	Gênero: FEMININO	Cor: PARDA
Data Nasc.: 21/09/1986	Idade: 30	CNS: 898002326913002
CPF:	RG: 7422789	Nº: 49
Endereço: RUA LAJES	Cidade: RECIFE	Estado: PE
Sairro: SAN MARTIN	Fone: 5581985644713	Profissão: CAMAREIRO
CEP: 50760170		
Nome da Mãe: VANDETE MARIA DA SILVA		
Acompanhante:		
Nome do Conjugue:		
Clinica: GINECOLOGIA/OBSTETRICIA		

1 - ATENDIMENTO	Data: 04/05/2017 03:52	Médico: ANA MARIA LESSA DE SOUZA
Queixa Principal / HDA:	Paciente vítima de acidente de trânsito. Suspeta de surpresa sanguínea	
Exame Físico:	Altura: 170cm Peso: 62kg PA: 122/70 FC: 188 FR: 24/78	05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 11 JUN 2018
Diag. Provisório:	GUTT (26/27) + DOR MIGRAÑA RECIFE 04/05/2017 03:52 RUA DA PINTURA 175, S/ 502 BLC 5010-000 RECIFE/PE	

Prescrição:	Dieta: _____	Horário
ata	<ul style="list-style-type: none"> → Não há contraindicação de uso no momento → Dieta: CLÍNICA → Caso haja evolução, retornar pronto atendimento <p>Rua Pernambuco 12 - 2º andar, m 215 TRAM 100g + 50g, qd, 100ml, IV</p> <p><i>Antônio Melo</i> 17/06/2017</p>	





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital Barão de Lucena - SUSPE

SUMÁRIO DE ALTA CLÍNICO / CIRÚRGICO / OBSTÉTRICO

Nome: Anderson Flávio 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: GSP2Az / Ig = 26nm 3d (NUM)
O paciente admitida no serviço no dia 09/05/17 com
lesão cutânea, ou exantema cutâneo-mucoso; Foi admitido
no exame de exames e evolução da transmissão do
do hospital da redondez que diagnosticou lesão de
cervicotorácico com exantema grave. Nequim tem febre alta
comissões em uso de antenomata. Vem sendo acompanhado
diariamente para sua evolução. Nota-se febre constante
com marcas morbiliformes, edema, alterações
migração e outros achados.
Da parte obstétrica, paciente está a entada intial, sem
anamnese, com boa evolução materna fetal, sem complicações ou
fatores suspeitos, sem suspeita ou risco de infecção.

Diagnóstico: GUTPT = 26nm 3d (DVM) 25nm 3d USG 2T.
25/05/17 → HMG = Claro = 11.680 / 48 = 11.2 / seq = 76. / Prog = 258
PCV = 0,35.
PS = Hb = A + / medula x reagente / SV = 3 litros P/C
CMV = IgM = 0,26 (N reagente) / tubo IgG = Reagente
IgG = Reagente / IgM = N reag / art NBS = Reagente
Toxo peste: IgG Reagente / IgM = N reag / art NBS = Reagente
Exames: Rot. PE: BT = 0,63 / BD = 0,25 / BI = 0,38 / TCO = 16°
TGP = 19 / Quat = 0,4 / UN = 30 / AC UN = 3,4
15/05 US OUT = D26 = 520g / EH = NL / BCF = 159 / Prog anterior

Tratamento Cirúrgico:
Cirurgia(s) Realizada(s):

Cirurgia(s) Responsiva(s):

X

05.802.494/0001-31
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTD

11 JUN 2018

Guia ADAM 00175 019000
Guia ADAM 00175 019000



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 5A A BA COM
Mãe: VANDETE MARIA DA SILVA
End.: RUA LAJES
Bairro: SAN MARTIN Cidade: RECIFE Nº 49
Telefone: 5581985644713 S. Conjugal:
Clínica: CENTRO OBSTÉTRICO Leito: COB - 16

GESTA 05. PARA O 2º ABORTÔO 02 NÚMERO DE FILHOS VIVOS 0d

PARTOS NORMAIS 00 PARTOS CESÁREAS 02 INDICAÇÃO:

DUM ____ / ____ / ____ IG ____ s ____ d (DUM) IG 26/275 d (USG CORRIGIDA de ____ s ____ d)

COMORBIDADES NESSA GESTAÇÃO:

PROCEDÊNCIA: () RESIDÊNCIA () TRANSFERIDA DE _____ SENHA _____

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: Paciente nrepre obes abdominal ófice pós acidente
AUTOMOBILICO - Afetado: Escápulas Superfícies Am Abdomen, sem
recrudescência de ressa. Presenta-se com cintura e dor lombar, não
placenta segundas no útero - Dolor nas e retrações do meso.
PRÉ-NATAL () SIM () NÃO NÚMERO DE CONSULTAS Inferior Direito!

NOME FÍSICO

ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () GRAVE MUCOSA: () CORADA (X) HIPOCORADA 3+/4
HIDRATADA () DESIDRATADA 1+/4 (X) ANICRÉTICA () ICTÉRICA ____/4 (X) AFEBRIL () FEBRIL ____ °C
() ACIANÓTICA () CIANÓTICA ____/4 EDEMA ____/4 em _____
() CONSCIENTE () INCONSCIENTE () ORIENTADA () DESORIENTADA GLASGOW 155.802.494/0001-41
TRACAS CORRETORA DE SEGUROS LTDA

100 x 70 MMHG PROTEINURIA DE FITA ____/4

CEFALÉIA () EPIGASTRALGIA () NÁUSEAS () VÔMITOS () TRANSTORNOS VISUAIS
() NEGA QUEIXAS DE IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA

CV _____ FC: 120 AR _____ Fe: 24 - 28 *Rua da Paz, nº 175, SJ/902 BL C
Belo Horizonte - MG - CEP 30.060-010
RECIFE - PE*

NOME OBSTÉTRICO / GINECOLÓGICO

25 cm N° DE CONTRAÇÕES UTERINAS 1 de _____ seg em 10 min
TONUS UTERINO () FISIOLÓGICO () AUMENTADO BCF 160 bpm DESACELERAÇÕES () NÃO () DIP I () DIP II () DIP III

POSIÇÃO () DIR () ESQ. SITUAÇÃO () LONG () TRANSV APRESENTAÇÃO () CEF () PÉLV () CÓRMICO () OUTRA _____

TOQUE VAGINAL: COLO DILATADO 12 cm APAGADO ____ %

INSINUAÇÃO () ALTO E MÓVEL () FIXO () INSINUADO PLANO _____ Hodge / _____ De Lee

MEMBRANA AMNIÓTICA () INTEGRA () RÔTA () DÚVIDA LÍQUIDO AMNIÓTICO: () CLARO () MECONIZADO ____/4 () HEMOÂMNIO

TOQUE VAGINAL DE PACIENTE NÃO GRÁVIDA _____

NOME ESPECULAR _____

OUTROS ACHADOS RELEVANTES _____

HIFÓTESE DIAGNÓSTICA () GUTP { 26/275 } () Trauma Abdominal Excluso
ESTINO () SALA DE PARTO () ALTO RISCO () COB () JUTI () OUTROS () _____ em _____ ?
EXAMES SOLICITADOS () Salvo favor da unidade _____ () Encaminho CE-

MÉDICO (CARIMBO + ASSINATURA)





SECRETÁRIA DE SAÚDE



GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM: HuueDESTINO: BaixãoSENHA: 5160688 HORA: 3:15hNOME: Joséane Amâncio do Nascimento IDADE: 30RAÇA/COR: Parda Branca Preta Amarela IndígenaGESTA: 5 PARA: 2 DUM: 23/11/17 ID. GEST: 263cmHDA: Paciente alcoolizada, chaco após acidente de carro. Queixa-se de muita dor abdominal, levo perdas vaginais. Alívio, se tiver dor.AO exame: BCF, Ovarianos, útero normal, de tamanho, cupulae AR e ACV sem oft. FC 100pm, FR. 24pm. ABD gástrico. Perito deslindado.utri lata e sem cortes contuso, respiração cl., ATU: 23cm. Puls psicológico. BCF: 160pm. dor pélvica de intensidade 8cm. FD e EXAME OBSTÉTRICO: FID: 8cm oft. TV: colo fechado, nu.PA: 100x70 DU: Ø TÔNUS: frágil BCF: 160 sangueAPRESENTAÇÃO: DILATAÇÃO: fechado membraAPAGAMENTO: MEMBRANAS: HD: CGUTPT 26,3cm (DUM) + acidente de carro +MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: dor abdominalAo HU SUS/EU + suspeita desuspensas05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2013

Rua Bé Aurora, nº 175, SL 902 B/C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFEDATA: 04/05/17HORA: 03:15h

MÉDICO



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

DATA: 22/05/17	REAVALIAÇÃO NUTRICIONAL (2): IG: 25 Peso (Kg): 76,6 Edema: - IMC (Kg/m2): 30,30 Classificação: Sobrepeso Ganho Ponderal: -
HORA:	
CONDUTA NUTRACIONAL:	Paciente seu quixar. Conduta mantida. 

DATA	REAVALIAÇÃO NUTRICIONAL (3): IG: _____ Peso (Kg): _____ Edema: _____ IMC (Kg/m2): _____
HORA:	Classificação: _____ Ganho Ponderal: _____
CONDUTA NUTRACIONAL:	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 50005-010 RECIFE - PE

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





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:
Prontuário:	8586194	Idade:	30	09/05/17
Diagnóstico:	Fratura de quadril	PPG:	7,2 kg	Hora:

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

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

ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR:

(X) Não () Sim Qual (is): _____ 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

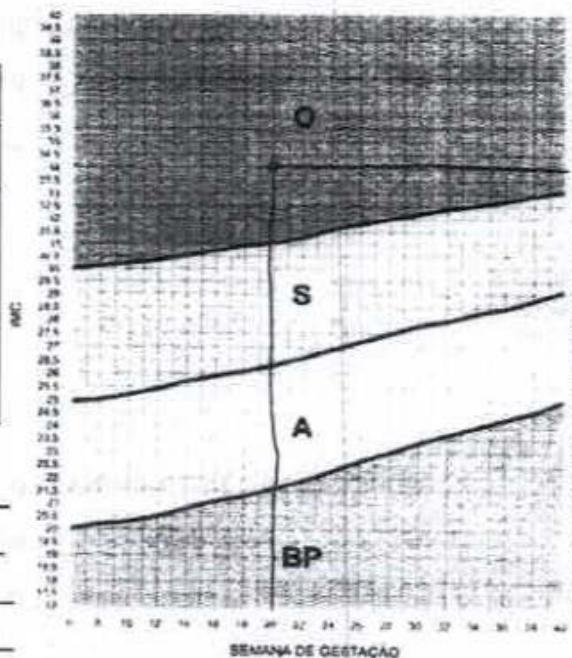
QUEIXAS DIGESTIVAS:

() Azia () Náuseas/Vômitos () Inapetência () Gases (X) Outras: Negav 175, 51.902 BL C

FUNÇÃO INTESTINAL:

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

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



(adaptação BAPEN, 2013)

OBSERVAÇÕES GERAIS:

CONDUTA NUTRICIONAL:

BP Baixo Peso A Adequado S Saudável

Foto: AFM/MS 1995. Modificado

Outubro 2002

introduzida lentamente devido ao quadro de constipação (há 6 dias). Segue em acompanhamento. Não será possível acompanhar estado nutricional devido à imobilidade de recuperação.



Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco
SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA
LAUDO P/EMISSÃO DE AIN NO HOSPITAIS PÚBLICOS
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA AIN N°

NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO 1541	
ENDERECO	rua Largo da Cidade 49	MUNICÍPIO	Recife PE
CEP	50090-000	SEXO	Male <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3
		CONDICION	Seg. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8
Cong. Filho Outro Dado			
NOME DO SEGURADO			
CIC Do Médico Solicitante	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Não Empregado			CIC do Médico Responsável
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 011	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO 0303100094	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DO ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE ÓRTESE <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL			
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
-Fármaco Yves 2010511 05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DELEGADOS LTDA 14 JUN 2019 Rua da Piedade, 175 - CEP 50130-010 Boa Vista - CEP 50130-010 RECIFE PE			
RESUMO DE INTERNAÇÃO			
Interno Interno abdominal dor gás abdominal			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		CÓDIGO 0303100094	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		CÓDIGO	
MOTIVO DA ALTA			
DATA DE INTERNACAO		DATA DE ALTA	
04/05/11		29/05/11	
		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	
		15/05/11	



ESPECIFICAÇÃO DOS EXAMES REALIZADOS

0262010094 ✓
0262010051 ✓
0262010043 ✓
0262010316 ✓
026210311+ ✓
0262010070 ✓
0262010201 ✓
0262010129 ✓
0262020310 ✓
026210023 ✓
0262010023 ✓
0262010013 ✓

05.802.404/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE MATERIAIS TDA

14/04/2019

Rua 11 de Setembro, nº 175, S.º 902 BLOCO
Boa Vista - CEP 50700-000
RECIFE - PE

OUTROS PROCEDIMENTOS

Mo Edilberto

Sumário de Unas 006

ATA 29/05/201+

DATA 29/05/201+

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO CHEFE DA CLÍNICA





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

SUMÁRIO DE ALTA CLÍNICO / CIRÚRGICO / OBSTÉTRICO

Nome:	Promotor:
Data de nascimento:	Clinica:
Data da Admissão:	Data da Alta: 29/05/17

Resumo da Internação:
LHAB 16 admissao 20/05/17 22:00 39/05/17 09:00 Exame (17) a respeito do humor visus normal. O paciente (17) a respeito da evolução clínica. do humor visus normal. O exame (17) a respeito da evolução clínica. O exame (17) a respeito da evolução clínica.

Diagnóstico:	(UTDT = 26.000) (DVM) 25.000 USG ZT. 205/12 → HMG = 1.000 = 11.630 / 11.3 = 11.2 / 3.6 = 3.1. / PBCg = 238 PCP = 5.35. S = HGT = A + T (ciclo) = 7 (ciclo) / 50 = 1.400 / 10 CHV = 16. M = 0.26 (exemplos II) / 20 (ciclo) (GG = T cíclico) IGF = T cíclico Tox, fértil = TGF-Tropicó / LEM = FSH / LH / HMG = 1.28 / FSH = 16 TGP = 19 / LH = 2.9 / FSH = 2.7 / ACTH = 2.4 ESR = 10.0 = 1.7 - 6.200 / 10.000 / ESR = 1.57 / TSH = 2.7
--------------	--

Tratamento Cirúrgico:	
Cirurgia(s) Realizada(s)	05.802.194/0001-41 TRATADO CORRECTORA DE SEGUNDO LÍBIA 16-JUN-2019
Cirurgia(s) Responsável(s):	Rua da Aurora, nº 175, S/nº BLOCO C Boa Vista, CEP: 50.000-000 RECIFE-PE



Condições Clínicas na Alta:

Não tem nenhuma condição clínica crônica, com exceção da hipertensão arterial essencial.

Medicações e Orientações:

- 1) Anticoagulante
- 2) No arranjoamento de farmacoterapia: Motilina
- 3) Internação: Orientação Técnica (via de porto)

Enfermaria ()	Datas:
Ambulatório de Esgresso ()	Datas:
Ambulatório de Especialidades ()	Datas:
PSF ()	Datas:
Outro:	Datas:

Datas:

Assinatura e Carimbo

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS EUA

11 JUN 2010
Av. da Amizade, 11175, S. Rio de Janeiro
RJ 20040-010
RECEPCIONISTA



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
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

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

José Barão Filho
Médico
CRM - 7830

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



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2013

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 15:15:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073015150183100000064304179>
Número do documento: 20073015150183100000064304179

Num. 65533822 - Pág. 15

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	JOSEANE FRANCISCO DA SILVA	
Nacionalidade:	BRAZILEIRO	Estado civil: SOLTEIRA
Profissão:	DO LAR	
Identidade:	7427.789	CPF: 067.956.344-00
Endereço:	RUA HENRIQUE DIAS, 226 ITARAJU - PE	

OUTORGADO:

Nome:	Luzimara da Silva Oliveira	
Nacionalidade:	BRAZILEIRO	Estado civil: DIVORCIADA
Profissão:	AUTONOMIZO	
Identidade:	10.151.893	CPF: 906.013.906-63
Endereço:	P. BOA SORTE, 812 - APTO. 101 - ALCINIA - PE	

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

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

Abev Lima 1805.18

LOCAL E DATA:



Josiane Francisco da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
RJ: ALFREDO MARIANO DE 40070 - Cabo Frio - Rio de Janeiro/RJ/Brasil 26.550 - Centro, Angra dos Reis
Cep: 25.220-100 - Fones: (22) 3382-1333/31.8572 - E-mail: alfredo.mariano@uol.com.br

Intendendo por AUTENTICIDADE a firma de JOSEANE FRANCISCO DA SILVA,
nascida a 11/06/1982, filha de... e... no endereço... da ...
Encaminhado: R\$ 0,00 IPI R\$ 0,00 Total: R\$ 0,00, RG: 3-1967

Josiane Francisco da Silva
PROTÓCULO ALTAIS CONSULTORES - TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Notas e Protesto
José Aluisio de Lima





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, contados 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



220 01805/01806 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 15:15:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073015150183100000064304179>
Número do documento: 20073015150183100000064304179

Núm. 65533822 - Pág. 17



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 inden

informações que o pagamento da multação de R\$ 500,00 (cincocentos reais) deve ser efetuado 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%
Percussão: Tumores ósseos

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, 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.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 15:15:01
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073015150183100000064304179>
Número do documento: 20073015150183100000064304179

Nº 65533822 - Pág. 18



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 ASI:	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	067.955.344-00	JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA	007.955.344-00	DO 192
Endereço	Número	Complemento
RUA HENRIQUE DIAZ,	220	
Bairro	Estado	CEP
LDT. ACAMENON	PE	53.640.578
Email	Telefone (DDD) 81.98304 8580	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: Nº:	DIV:	CONTA: Nº:	DIV:
1361.	7	46 405	8
(Informar dígito se existir)			

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	NO
BANCO: Nome:	
05 802 494/0001-41	
AGÊNCIA: Nº:	DIV:
TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
(Informar dígito se existir)	

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

808 Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ITAJAÍSSU / 11 de 06. de 18
Local e Data

X Joseane Francisco da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES 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

067.915.344-00

Data do Acidente

04.05.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDI) <i>031-3001-41</i>

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 prova 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 Lider 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.

16/05/18, de *06* de *18*
Local e Data

Joséane Francisco da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

05.802.494/0001-41
TRÂNSITO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, 18 175, Sl. 302 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE

DA N°. 012.04.2018
EM: 09.04.2018

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 do Recife

Sergio parente Co

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 15:15:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073015150183100000064304179>
Número do documento: 20073015150183100000064304179

Num. 65533822 - Pág. 21