



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Dados do Processo

Processo: 202086000756

Número Único: 0000749-66.2020.8.25.0059

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 10/06/2020

Competência: Poço Redondo

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: RAFAELA SANTOS LIMA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

202086000756

DATA:

05/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200804173004506 às 17:30 em 04/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 06/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAELA SANTOS LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02471-6

CONTA: 00000001433-8

Nr. da Autenticação EFDcdb7946662899

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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAELA SANTOS LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02471-6

CONTA: 00000001433-8

Nr. da Autenticação 889A61BE3291DE38

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647659 **Cidade:** Águas Belas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO COM LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: REFERE CEFALÉIA PÓS TRAUMA, ANOSMIA, TONTURA COM PERDA DO EQUILÍBRIO, ZUMBIDO ESQUERDA, ISOLAMENTO SOCIAL, AMNÉSIA, INSÔNIA, HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE E DESMAIOS. FAZ USO DE GARDENAL, ANALGÉSICOS E DIAZEPAM. AO EXAME FÍSICO APRESENTANDO MARCHA COM PASSOS CURTOS. PERICIADO LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO COM FALA DISLÁLICA. PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA A ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO. FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA EM VIRTUDE DA DOR NO QUADRIL ESQUERDO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO QUADRIL ESQUERDO. ANGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°) ANGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°) ANGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°) ANGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

Resultados terapêuticos: REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL SOB ANESTESIA ASSOCIADO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO COM REPOUSO ABSOLUTO NO LEITO. TRATAMENTO CONSERVADOR NEUROLÓGICO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/08/2019.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/01/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL ESQUERDO EM GRAU LEVE. REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA 75% DO QUADRIL ESQUERDO E 25% NEUROLÓGICO (NÃO INDENIZADO ANTERIORMENTE).

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647659 **Cidade:** Águas Belas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.
FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA). PG. 4 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL 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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647659

Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAFAELA SANTOS LIMA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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. 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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647659 **Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA**

Data do Acidente: 05/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAELA SANTOS LIMA

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: RAFAELA SANTOS LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002471-6

Conta: 000001433-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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-DPVAT



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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647659 **Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA**

Data do Acidente: 05/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAELA SANTOS LIMA

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: RAFAELA SANTOS LIMA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 001

Agência: 000002471-6

Conta: 000001433-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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.





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 137ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUAS BELAS - DP137ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0227000961

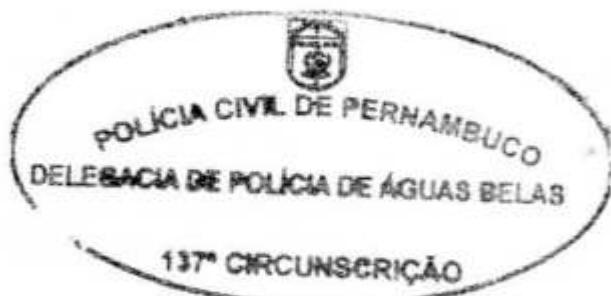
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/10/2019 às 17:11

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/8/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AGUAS BELAS, 1, BR 423 - PROXIMO AO POSTO OASIS - Bairro: CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ALVES DE LIMA (NOTICIANTE)
ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA (TESTEMUNHA)
RAFAELA DE SANTOS LIMA (VITIMA)
MARIA JOSÉ SANTOS LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA

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

RAFAELA DE SANTOS LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE SANTOS LIMA Pai: JOSE ALVES DE LIMA Data de Nascimento: 6/3/2000 Naturalidade: POCO REDONDO / SERGIPE / BRASIL Documentos: 38080818/SSP/SE (RG). 09539983550 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 79998090410

MARIA JOSÉ SANTOS LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA LEITOSA Data de Nascimento: 4/5/1969 Naturalidade: POCO REDONDO / SERGIPE / BRASIL Documentos: 945181/SSP/SE (RG). 96562498520 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 79998090410

ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

JOSE ALVES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CÍCERA PEREIRA DA SILVA Pai: MIGUEL ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 17/3/1965 Naturalidade: POCO REDONDO / SERGIPE / BRASIL

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

AUTOMOVEL (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ANTÔNIO BARBOSA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKJ4554 (SERGIPE/CANINDE DE SAO FRANCISCO)

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA NO DIA 03/10/2019, O SENHOR OSÉ ALVES DE LIMA, MUNIDO DE PROCURACÕES AS QUAIS SÃO OUTORGANTES, RAFAELA E MARIA JOSE, AMBAS QUALIFICADAS NESTE BOE, SENDO FILHA E ESPOSA DO NOTICIANTE, COM O OBJETIVO DE NOTICIAR ACIENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NA BR-423 NO DIA 05/08/2019, PO VOLTA DE 14:30, NA OCASIÃO, TRAFEGAVAM VINDO DE CARUARU COM DESTINO À CIDADE DE POCO REDONDO/SE EM UM CORSA SEDAN, PLACA KKJ - 4554, DE COR AZUL, AS DUAS VITIMAS, BEM COMO O SENHOR ANTONIO BARBOSA, ESTE ULTIMO CONDUTORDO AUTOMÓVEL SUPRA MENCIONADO, QUANDO UM OUTRO VEICULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU COM O CARRO DAS VITIMAS. OS PRIMEIROS SOCORROS FORAM PRESTADOS NO HOSPITAL DA CIDADE DE AGUAS BELAS, SENDO POSTERIORMENTE ENCAIMHADAS PARA CARUARU E PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, POIS TIVERAM LESÕES NO FEMUR (MARIA JOSE) E NA CABEÇA (RAFAELA). ADEMAIS, O BOE TEM POR FIM OBTER INDENIZAÇÃO PELO SEGURO DPVAT.

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



JOSE ALVES DE LIMA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: PEDRO RICARDO TRAJANO DE ARAÚJO - Matricula: 387713-2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
095.399.835-50

4 - Nome completo da vítima:

Rafaela Santos Lima

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

5 - Nome completo:

Rafaela Santos Lima

6 - CPF:
095.399.835-50

7 - Profissão:

Jardineira

8 - Endereço:

Rua Amélia F. dos Santos

9 - Número:

134

10 - Complemento:

lara

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Paco Ruiforão

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

49.810-000

15 - E-mail:

marcosduferia@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

49.9918-9207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

02471

CONTA:

1433

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA:

02471

CONTA:

1433

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a 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.

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

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

- Não há 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **Falecidos:**

30 - Vítima deixou Sim Não **nascituro (vai nascer)?**

Sim

Não

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:**

Sim

Não

33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data: **SCm. Da Glória 12.11.19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rafaela Santos Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

p.14

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

José Menezes de Oliveira Ribeiro

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Confirma Dados?

BANCO: 0001
AGENCIA: 02471
CONTA: 0000000001433- 8
FAVORECIDO: RAFAELA SANTOS LIMA
VALOR DEPOSITO: R\$ 500,00

Rede Mais Voce

Via Cliente

HONORARIO MULTIBB

Pos: 77769001 LT:153 Doc:21 Oper:177769
18/11/19 10:26:09

COBAN:077769 LOJA:0001 PDV:0000001
18/11/2019 BANCO DO BRASIL 10:27:58
247176901 CORRESPONDENTE BANCARIO 0079
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: RAFAELA SANTOS LIMA

AGENCIA: 2471-6 CONTA: 1.433-8

DATA 18/11/2019

NR. DOCUMENTO 24.717.776.900.079

VALOR DINHEIRO 500,00

VALOR TOTAL 500,00

NR. AUTENTICACAO B.472.410.2DF.8F3.75E



DESO
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SEROPÉ

SEDE: Rua Campo do Brita, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-380
CNPJ: 13.018.171/0001-80 - INSC. EST: 27.051.038-2

FATURA MENSAL *

*** ANEXO AVISO DE CORTES ***

30213

JOSE ALVES DE LIMA

Endereço
RUA ANGELINO F DOS SANTOS, 134 - POCO REDONDO, 49810-000

Descrição da Leitura	Data da Leitura	Hidrômetro	Classificação
557006/00268	18/12/2019	A09F050498	RES: 1

Leit. Anterior: 887
Leit. Atual: 1004
Consumo Faturado (m³): 10
Média de consumo (m³): 9
Ocorrência da Leitura
Data da Leit. Anterior: 19/11/19
Dias de Consumo: 29
Média diária (m³): 0,31
Previsão para Próx. Leit.: 17/01/20

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF.	(m ³)
11/19	0000
10/19	0001
09/19	0000
08/19	0000
07/19	0000
06/19	00011

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS
COFINS: 2,96 PASEP:

79-99918-9207

Serviços

ÁGUA
ESGOTO
080 MULTA P/ IMPONTEUALIDADE
091 JUROS DE MORA

0101 11/2019
0101 10/2019

Valor

Mês Referência:	VENCIMENTO:	TOTAL A PAGAR: R\$
12/2019	26/12/2019	
FELIZ NATAL E UM PROSPERO 2020!!!		

RECEITUÁRIO

Nome: Rapovha Santos Lima

Relatório Médico

Relatório para os devidos fins, que a paciente supracitada sofreu ontem à noite automobilista vindo a ter luxação do quadril esquerdo + fratura do acetábulo. Foi realizado o redução manual do quadril esquerdo e redução da fratura do acetábulo como tratamento (tratamento conservador) e encontra-se em ótimo quadro.

Igor Alexandre de Moura Correia SJ
RMS: 2800269/SE
Médico

Ass. e Carimbo / CRM

04/11/2019

Data

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1688418

Nome: Rapula Santos Loma

Foi atendido às 22:33 hs. do dia 05,08,19

Diagnóstico Próvel: Fracassos de quadril
esquerdos + Fratura de acetábulo
esquerdos.

Tratamento Realizado: Reduções iniciais +
analgésico

Observação: 1. Alta da ortopedia
2- Retorno ao ambulatório de Dr. Alexandre
Andrade após 21 dias
3- Ortopicos serais + analgesico
Cópia de: 1- Atendimento dos afastados lebora
por 90 dias.

Dra. Simone Cristina
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27941
Médico - CRM-Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1463449/2019

NOME: RAFAELA SANTOS LIMA.

Foi atendido às 22h33 do dia 05.08.2019.

Diagnóstico provável:

POLITRAUMA. T.C.E. - HSAT

UXACAN DE QUADRIL E DORSO
+ FRACTURA DE ACETABULO.

(ACIDENTE CAMINHADA)

Tratamento realizado:

ECG = 14 - TAC DE CERVO -
TAC COLUNA CERVICAL - TAC DE TAX -
TAC DE ABDOMEN - TAC DE PELVE.
- CINTO - REDUÇÃO INVERSA DE
QUADRIL ESCAVENDO EM 06-08-19 -
REDUÇÃO DA FRACTURA DO ACETABULO
ESTABILIZADA S/ A MOTONIT

Obs. TRATAMENTO CONSEGUINDO - TCE
ALTA IDENTIFICADA EM 14-08-19

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em

15-10-2019.

HES - Hospital da Restauração
Dr Gilberto Wanderley Lima
Ciente Médico do SAME
CRM: 4553

6571

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: RAFAELA SANTOS LIMA SIC	PRONTUÁRIO: 1688418	ATENDIMENTO: 01463739
DATA DE NASCIMENTO: 02/03/2000	FOI ATENDIDO EM: 05/08/2019 ÀS	
DATA DA ALTA: 14/08/2019 ÀS 11:57		

Diagnóstico Provável:

POLITRAUMATISMO
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA

Tratamento Realizado:

CONSERVADOR

Observação:

AFASTAMENTO POR 60 DIAS

Encaminhado para:

RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA COM 15 DIAS

JEREMIAS FERNANDO GOMES - CRM: Nº.24199

Recife, 14, AGOSTO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório Médico

Flávia de Souza Lobo Lima foi vítima de acidente automobilístico, vindo a sofrer luxação do quadril esquerdo e fratura de acetábulo sendo submetida a Redução e remoção do quadril esquerdo e Redução da fratura do acetábulo ficando com régua para orçar e monitorar a perna. Hoje encontra-se em alta depurativa.

CIO: 573


Dr. Alexandre da Costa Correia Sobral
CRM: 1600269/SE
Médico

Ass. e Carimbo / CRM

10/12/2019

Data



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.808.081-8	03/07/2014
NOOME	
RAFAELA SANTOS LIMA	
FILIAÇÃO	
JOSE ALVES DE LIMA	
MARIA JOSE SANTOS LIMA	
NATURALIDADE	
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE	
DOC ORIGEM	
CT. NASCIMENTO NR 19148 LV 104	
CPF	
CART. DIST. COM. POCO REDONDO/PE	
VERETT FERREIRA DA SILVA	
Ministério da Fazenda - Cadastro de Pessoas Físicas	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
095.399.835-50Nome
RAFAELA SANTOS LIMANascimento
06/03/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
AB2A.0DA0.2B9C.EAB9A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereçowww.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:35:31 do dia 10/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190647659**

Nome do(a) Examinado(a): **RAFAELA SANTOS LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ANGELINO F DOS SANTOS, 134 - Poço Redondo - SE - CEP 49810-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3808081-8**

Data e local do acidente: [**05/08/2019**] **POÇO REDONDO/SERGIPE**

Data e local do exame: [**22/01/2020**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO COM LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

REFERE CEFALÉIA PÓS TRAUMA, ANOSMIA, TONTURA COM PERDA DO EQUILÍBRIO, ZUMBIDO ESQUERDA, ISOLAMENTO SOCIAL, AMNÉSIA, INSÔNIA, HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE E DESMAIOS. FAZ USO DE GARDENAL, ANALGÉSICOS E DIAZEPAM. AO EXAME FÍSICO APRESENTANDO MARCHA COM PASSOS CURTOS. PERICIADO LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO COM FALA DISLÁTICA. PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA A ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO. FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA EM VIRTUDE DA DOR NO QUADRIL ESQUERDO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO QUADRIL ESQUERDO. ANGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°) ANGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°) ANGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°) ANGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL SOB ANESTESIA ASSOCIADO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO COM REPOUSO ABSOLUTO NO LEITO. TRATAMENTO CONSERVADOR NEUROLÓGICO. EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/08/2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico, Limitação funcional do quadril esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º

da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

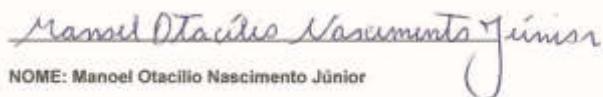
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/12/2019. A
INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL ESQUERDO EM GRAU LEVE.
REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA 75% DO QUADRIL ESQUERDO E 25%
NEUROLÓGICO (NÃO INDENIZADO ANTERIORMENTE).**


NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407502/19

Número do Sinistro: 3190647659

Vítima: RAFAELA SANTOS LIMA

CPF: 095.399.835-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: RAFAELA SANTOS LIMA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RAFAELA SANTOS LIMA : 095.399.835-50

Comprovante de residência

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 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: 16/01/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO