



Número: **0000139-66.2020.8.17.2890**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Lagoa dos Gatos**

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA APARECIDA DE HOLANDA (AUTOR)		ROMICEDES SILVESTRE TOME (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67087037	27/08/2020 16:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

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,

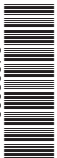
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14806780

Pag. 00151/00152 - carta_01 - INVALIDEZ

00030076





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, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01951/01952 - carta_02 - INVALIDEZ

00040976



Carta nº 14828991





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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

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 superiores 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 APARECIDA DE HOLANDA**

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

Banco: **001**

Agência: **000002238-1**

Conta: **000008245-7**

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, 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





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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data do Acidente: 23/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/06/2020, 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

Pag. 01053/01054 - carta_09 - INVALIDEZ

00030527



Carta nº 15861880





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 ASL	CPF da Vítima 027.910.914-83	Nome completo da vítima Márcia Aparecida de Holanda
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

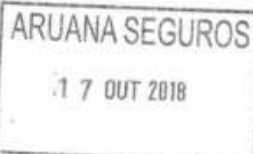
Nome completo Márcia Aparecida de Holanda	CPF titular da conta 027.910.914-83	Profissão Pessoa
Endereço R. João do Espírito	Número 80	Complemento
Bairro Centro	Cidade Foz de Iguaçu	Estado PR
Email	Telefone (DDD) 81.9.9666.6746	

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) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRQ AGÊNCIA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ. D/V (Informar dígito se existir)	

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



Foz de Iguaçu 02 de Setembro de 2018
Local e Data

Márcia Aparecida de Holanda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



BANCO DO BRASIL S.A.
17/07/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.25.23
0223870300

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

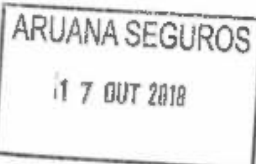
AGENCIA: 2238-1 CONTA: 8.245-7
CLIENTE: MARIA APARECIDA HOLANDA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----16/05/2017-----		
Saldo Anterior		
----- N A O H A L A N C A M E N T O S -----		

Saldo		
Juros *		
Data de Debito de Juros		01/08/2018
IOF *		
Data de Debito de IOF		01/08/2018
(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





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 ASL: 3180/543262 CPF da vítima: 027.910.914-83 Nome completo da vítima: Maria Aparecida de Holanda

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

Nome completo: Maria Aparecida de Holanda CPF: 027.910.914-83

Profissão: Recusado Endereço: R. Vale do Cidó Número: 80 Complemento:

Bairro: Centro Cidade: Lagoa dos Gatos Estado: SC CEP:

E-mail: Tel.(DDD): 81.9.9666-674

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 238 1 CONTA: 824 5 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 discorde 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticada. Local e Data: Lagoa dos Gatos 03.12.18 Nome: Maria Aparecida de Holanda CPF: 027.910.914-83

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria Aparecida de Holanda

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: IRUANA SEGURADORA 20 DEZ 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE E CPF DO ASSINANTE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:50:15

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008271650155910000065810273

Número do documento: 2008271650155910000065810273

BANCO DO BRASIL S.A.
17/07/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.25.23
0223870300

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

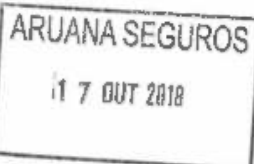
AGENCIA: 2238-1 CONTA: 8.245-7
CLIENTE: MARIA APARECIDA HOLANDA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----16/05/2017-----		
Saldo Anterior		
----- N A O H A L A N C A M E N T O S -----		

Saldo		
Juros *		
Data de Debito de Juros		01/08/2018
IOF *		
Data de Debito de IOF		01/08/2018
(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



**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: 3190546771
Nome do(a) Examinado(a): Maria Aparecida de Holanda
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Vila do Cipo, 80
Lagoa dos Gatos Lagoa dos Gatos PE CEP: 55450-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 602103101
Data local do acidente: [23/06/2018]
Data local do exame: [14/10/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO DIREITO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/06/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 26/06/2018, RECEBEU ALTA APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, ALEM DE AFIRMAR DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Data da Alta: 27/06/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO EM 1,5 CM, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO COTOVELO GRAU II, AFIRMA DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

☒ Sim ☐ Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ Sim ☐ Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

% 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):

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

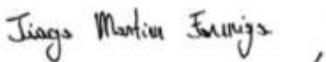
Região Corporal (Sequela):

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

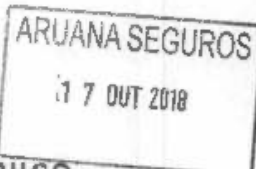
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Thiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PE / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DOS
GATOS - DP99°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0189000252**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2018** às
10:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **23/1/2018** às **06:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, SÍTIO
LAJEDO - Bairro: ZONA RURAL - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)
MARIA APARECIDA DE HOLANDA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA**

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

**MARIA APARECIDA DE HOLANDA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA DE NAZARÉ DE JESUS Pai: OLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA Data de
Nascimento: 28/10/1976 Naturalidade: LAGOA DOS GATOS / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA DOS GATOS, 82, RUA CICERO LAURENTINO
DA SILVA - CEP: 8 - Bairro: VILA CIPO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Data de Nascimento: 1/1/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL**

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

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

M.P.

03/08/2018 10:13



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ROSENILSON DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PAS/MOTOCICLETA HONDA/CG 160 TITAN KS PLACA KKA7732 E CHASSI: 9C2KC98197R148362**

Complemento / Observação

INFORMA A DECLARANTE QUE NO DIA 23/06/2018 ESTAVA NA GARUPA DA MOTO DO SR. JOSÉ ROSENILSON QUANDO UMA MOTOCICLETA DE ALGUÉM DESCONHECIDO PAROU ABRUPTAMENTE NA FRENTE E VIERAM A COLIDIR COM A MESMA, DERRUBANDO-LHE AO CHÃO; QUE DA QUEDA QUEBROU O BRAÇO DIREITO. NADA MAIS FOI DITO.

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



Maria Aparecida de Holanda
MARIA APARECIDA DE HOLANDA

B. Q. USPC
99ª Circunscrição

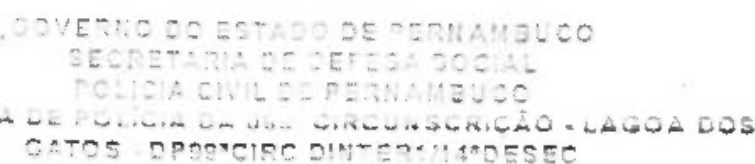
Assinado por: **Maria Cecilia da Costa Gonçalves Brito - Matrícula: 3873438**

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

03/08/2018 10:13





502K002167D112102

Complemento : Observação

Assinatura da(s) pessoa(s) presente na(s) unidade policial:

(VITINA) - Maria oparecida di Holanda

D.O. registrado: SILVIO GELARIO DA SILVA - Matrícula: 3875136

ARUANA SEGURODORA
27 DEZ 2013



12/25/2018, 12:08





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 ASL: 3180/543262 CPF da vítima: 027.910.914-83 Nome completo da vítima: Maria Aparecida de Holanda

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

Nome completo: Maria Aparecida de Holanda CPF: 027.910.914-83
Profissão: Recusado Endereço: R. Vale do Cado Número: 80 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Lagoa dos Gatos Estado: SC CEP:
E-mail: Tel.(DDD): 81.9.9666-674

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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: Brasil

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)

CONTA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 238 1
(Informar o dígito se existir)

CONTA: 824 5 7
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 discorde 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticada

Local e Data: Lagoa dos Gatos 03.12.18

Nome: Maria Aparecida de Holanda

CPF: 027.910.914-83

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Maria Aparecida de Holanda
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

IRUANA SEGURADORA
20 DEZ 2018
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

DATA: 23/06/18 HORA: 7:33 REGISTRO: 1000199

NOME: Maria Aparecida de Holanda

IDADE: 44 anos DATA DE NASCIMENTO: 29/10/75 SEXO: _____

ENDEREÇO: Vila Cipo

NATURALIDADE: L. dos Gatos PROFISSÃO: Agricultor COR: _____

RESPONSÁVEL: A mesma IDENTIDADE: _____

CARTÃO DO SUS: _____ FILIAÇÃO: _____

PESO: _____ PA: _____ TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ FC: _____ FR: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente de moto, com

DADOS CLÍNICOS: Suspeita de fratura no rádio (D),

apresentando edema, dor + dificuldade de

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Moib hgas.

EXAMES SOLICITADOS: _____

HD = Polifraumatismo

TRATAMENTO PROPOSTO: 545 3819

EXAME SOLICITADOS: ① TIAU 50 mg - IUI

② Encaminhado ao Trauma Ortopedia

do HRA - Senha 545/3819

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

☐ INTERNADO PARA OBSERVAÇÃO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA C/ MEDICAÇÃO PRESCRITA

☐ ALTA PEDIDO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

☐ TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE

☐ ÓBITO

TRANSFERIDO PARA: _____

MÉDICO/ ASSINATURA / CARIMBO

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

João Bosco de Albuquerque
MÉDICO
CREMEPE 20.101

DESTINO DO PACIENTE



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:	18/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02238-1

CONTA: 000000008245-7

Nr. da Autenticação DCDDE831F1DE97CD



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE EDIVALDO BATISTA DE OLIVEIRA CPF: 059.687.354-90 NIS: 16083720613	DATA DE VENCIMENTO 30/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 16,88	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 078574783	CONTA CONTRATO 002593136011 Nº DO CLIENTE 2002642020 Nº DA INSTALAÇÃO 0001648907
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VILA DO CIPÓ 89 LAGOA DOS GATOS/LAGOA DOS GATOS 55490-000 LAGOA DOS GATOS PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO FFFA.1617.A3CB.B4B5.7168.314F.407E.F59B			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198126	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	24,00	0,32911071	7,89
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,98
Multa por atraso NF 074874860 - 23/08/19			0,22
Juros por atraso NF 074874860 - 23/08/19			0,02
PRÓ-CRIANÇA-(591)3412-8990 0800 031 8989			0,88
		</	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
M052058	CAT	23/08/2019	11.062,00	23/09/2019	11.116,00	31	54,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFETUADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
jul/2019					
DIC-No de horas sem Energia	0,00	6,03	12,08	24,12	
FIC-No de vezes sem Energia	0,00	3,42	8,85	13,70	
DMC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	3,54	0,00	0,00	
Limite DMC: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso o R\$ 5,78					
Toda Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DCRU a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: marisa de oliveira cunha - me: rua do comércio no 35 centro / net Informática: rua do comércio 53 centro/Lista completa em www.celpe.com.br . No data de leitura e bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVII, a, 2.2.2, do RUCMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 16,64. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.	NÍVEL DE TENSÃO TENSÃO NOMINAL (V) 220 LIMITE DE VARIAÇÃO (V) 202 - 231 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
---	---

DESTAQUE AQUI	CONTA CONTRATO 002593136011	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR (R\$) 16,88	VENCIMENTO 30/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO pagoenergia.com.br/CC/ConversaoServico?redirefatura=true&...
----------------------	---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---





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 0600 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 João Gabriel Barbosa Pereira Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 120.046.134/21 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Aparecido de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.910.914/83 do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima João Aparecido de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.910.914/83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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.

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

Endereço	<u>Av. Brasil, 257</u>	Número	<u>257</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Curitiba</u>	Estado	<u>PR</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>81.9.9666.6746</u>



João Pereira, 05 de Setembro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1-001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu JOSE ROSENILSON DE OLIVEIRA

RG: 9.976.007, data de expedição: 06/10/2014

Órgão S.D.S portador do CPF: 126.300.174-27

Com domicílio na cidade
de: LAGOA DOS GATOS

Estado de: PERNAMBUCO Onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada): R. Severino Brandão

Nº: 51N, Complemento: CASA

DECLARO, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado É(era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a
Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA
, cujo o condutor era JOSE ROSENILSON DE OLIVEIRA

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

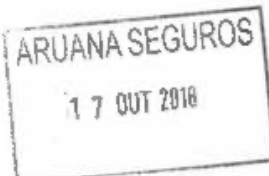
Ano: 2007

Modelo: HONDA CG 150 TITAN RS

Placa: KKA 7732

Chassi: 9C2K C08107R148302

Data do acidente: 23/06/2018



Lagoa dos Gatos 06.08.18

Jose Rosenilson de Oliveira

Assinatura do declarante

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





HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 423657

Prontuário: 320512

Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data Nasc.: 29/10/1978

Idade: 41

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02791091463

RG: 602103101

CNS: 163962029060018

Nº: 82

Endereço: RUA CICERO LAURENTINO

Bairro: VILA CIPO

Cidade: LAGOA DOS GATOS

Estado: PE

CEP: 55450000

Fone: 71213658

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: MARIA NAZARE DE JESUS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO

Data: 23/08/2018

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Boleto no dor no antebraço direito

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Edema e limitação de movimento

Diag. Provisório:

Fratura de humero direito e lesão de tendão do m. biceps

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

1) Dor no antebraço Dir. AP/Plant
Dor no AP/Plant
Cotovelo Dir. AP/Plant

23/08/18

2) Dor no antebraço Dir. AP/Plant

1 de 2

MSD





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

3 - Evolução / Exames

Bom em estado de saúde, com
resposta positiva de exames
dentro do prazo de 30 dias
na presença
do médico responsável
e sem qualquer alteração

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido () Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____

Tel.: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Ass. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento

Condição da Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____

Hora: _____

Médico: _____

CRM: _____

8/23/2018 11:37:19 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

NOME: Maria Aparecida de Medeiros

REG.: 119950

DATA DE NASCIMENTO: 29 / 10 / 1976

DATA DA CIRURGIA: 26 / 06 / 15

DIAGNÓSTICO: Fratura Radio ulna 5ª e 6ª
metacarpais, fratura

TRATAMENTO: Cirurgia 4 pontos, fixa

DATA DO RETORNO: 29 / 07 / 18

MOTIVO DO RETORNO: 1º curativo

para ferimento 90 cm.

Dr. Marilton V. Costa
Ortopedia
CRM - 5980

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018

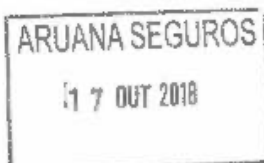
Scanned with CamScanner





NOME: Maria Agnês de Holanda

LAUDO MÉDICO



O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura de humerus direito CID-10: S52.2, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

26/01/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

84 cm de altura
57 anos de idade e em fase de
reabilitação no trabalho 01/10/18

Bezerros, 18/05/18. 4 Vts Ambrósio

João Marilton V. Costa
Traumatologia - Ortopedia
ERM - 5980

Scanned with CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 12/03/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 12/03/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Elias José da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta do fêmur esquerdo	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Fixação com haste intramedular Bloqueado	
ALTA MÉDICA?	☒ SIM ☐ NÃO
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO? ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

ARQUIVADA
25 SET 2019

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Dor + Inconforto + Fêmur fraturado -
2ª não há S.O.S. do membro inferior
3ª esquerdo
4ª
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12/03/19 A 12/09/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	Dr. Marcos Bezerra Ortopedia/Traumatologia Doenças do Ombro e Cotovelo CRM: 14544 / TEOT: 12036
LOCAL: Camarã DATA: 12/09/19	ASSINATURA E CARIMBO



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23/06/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/06/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MARIO ANTONIO DE ALMEIDA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do Rádio Direito	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Fixação com placa e parafusos	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Dor + limitação das movimentações
2ª do Antebraço direito - 50%.
3ª
4ª
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 10/01/19 A 02/05/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL: CHUVA, DATA: 02/05/19	ASSINATURA E CARIMBO: Dr. Marcos Bezerra Especialista em Traumatologia Ortopedia e Cirurgia

RUANA SEGURODORA
06 MAI 2019





HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 423657

Prontuário: 320512

Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Data Nasc.: 29/10/1978

Idade: 41

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02791091463

RG: 602103101

CNS: 163962029060018

Endereço: RUA CICERO LAURENTINO

Nº: 82

Bairro: VILA CIPO

Cidade: LAGOA DOS GATOS

Estado: PE

CEP: 55450000

Fone: 71213658

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: MARIA NAZARE DE JESUS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO

Data: 23/08/2018

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Boleto no lado direito metacarpal
e dos 2 metacarpais do 1º dedo

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Edema e hematomas de moderados

Diag. Provisório:

Fratura de metacarpo do 1º dedo
do 1º dedo do 1º dedo

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

① Boleto no lado direito metacarpal
e dos 2 metacarpais do 1º dedo
do 1º dedo do 1º dedo

23/08/18

② Boleto no lado direito metacarpal
e dos 2 metacarpais do 1º dedo
do 1º dedo do 1º dedo

1 de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

3 - Evolução / Exames

Bom em estado de saúde, com
resposta positiva de exames
dentro do prazo de 30 dias
na presença
do médico responsável
e sem necessidade de internação

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido () Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento () Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Ass. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta (X) Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ (X) Internamento

Condição da Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

8/23/2018 11:37:19 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

NOME: Maria Aparecida de Matos

REG.: 119950

DATA DE NASCIMENTO: 29 / 10 / 1946

DATA DA CIRURGIA: 26 / 06 / 15

DIAGNÓSTICO: Fratura Radio ulna 5ª e 6ª
metacarpais, fratura

TRATAMENTO: Cirurgia 4 pontos, fixa

DATA DO RETORNO: 29 / 07 / 18

MOTIVO DO RETORNO: 1º curativo

para ferimento 90 cm.

Dr. Marilton V. Costa
Ortopedia
CRM - 5980

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018

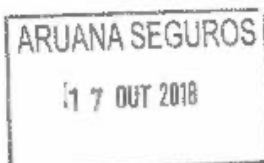
Scanned with CamScanner





NOME: Maria Agnaldo de Holanda

LAUDO MÉDICO



O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura de humerus direito CID-10: S52.2, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

26/01/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

84 cm de altura
57 anos de idade e unidade para
trabalho 01/10/18

Bezerros, 18/05/18. 4 Vts Ambrósio

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
ERM-5980

Scanned with CamScanner



RECEITUÁRIO

DATA

13/11/2018

NOME:

Maria Aparecida de F. Silva

Laudo Médico

A paciente acima
referida foi por mim
examinada e a natureza
da distensão do Rácho (D)
CID 10 = 552.3, tendo
sido submetida a tto
cirúrgico em 26/06/2018
e alta Ambulatorial
em 18/09/2018

ARUANA SEGURODORA

19 NOV 2018

João Paulo de Albuquerque
MÉDICO
CRM 20.151



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON GAUNT

8660-3

54653952

Maria Aparecida de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 60.210.310-1 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 05/08/2015

NOME MARIA APARECIDA DE HOLANDA

FILIAÇÃO COLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA MARIA NAZARÉ DE JESUS

NATURALIDADE LAGOA DOS GATOS - PE DATA DE NASCIMENTO 29/10/1976

DOC ORIGEM LAGOA DOS GATOS - PE LAGOA DOS GATOS CC:LV.B03 /FLS.115V/ Nº00827

CPE 027910914/83

Delegado de Polícia Divisão nº 11900337-99

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON GAUNT

8660-3

54653952

Maria Aparecida de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 60.210.310-1 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 05/08/2015

NOME MARIA APARECIDA DE HOLANDA

FILIAÇÃO COLINDINO GONÇALVES DE HOLANDA MARIA NAZARÉ DE JESUS

NATURALIDADE LAGOA DOS GATOS - PE DATA DE NASCIMENTO 29/10/1976

DOC ORIGEM LAGOA DOS GATOS - PE LAGOA DOS GATOS CC:LV.B03 /FLS.115V/ Nº00827

CPE 027910914/83

Delegado de Polícia Divisão nº 11900337-99

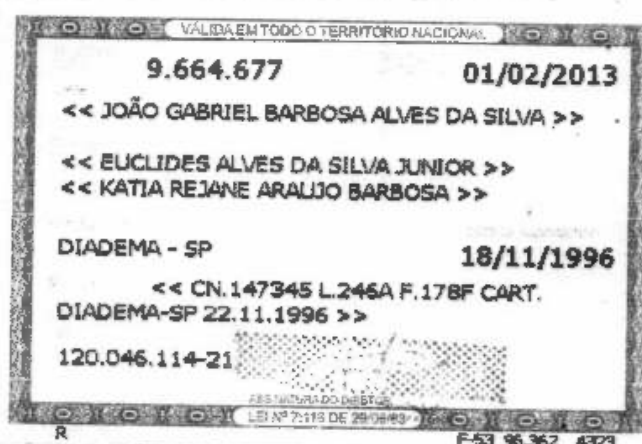
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018





[Handwritten signature]

ARUANA SEGUROS
17 OUT 2018



ARUANA SEGUROS

17 OUT 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014205342345
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 815222400 R.N.T.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: JOSE ROSENILSON DA OLIVEIRA

AGRESTINA-PE U

CPF / CNPJ: 126.800.174-27 PLACA: RKA7732

PLACA ANT./UM: ***** /PE: 9C2XC06107R1498302

ESPECIE TIPO: BAE MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN KS ANO FAB: 2007 ANO MOD: 2009

CAP / POT / CL: 2E / 142CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****

IPVA 2015 QUITADO 2ª *****

FAIXA LTV: PARCELAMENTO / COTAS: 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): JOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 26/04/19

SEM RESERVA

AGRESTINA-PE 26/04/19

Oficiais Autômetro Denise Ribeiro
Diretor de Registro DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205342345 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ROSENILSON DA OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

AGRESTINA-PE EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 26/04/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 126.800.174-27 PLACA: RKA7732

RENAVAM: 815222400 MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN KS

ANO FAB: 2007 ANO MOD: 09 CHASSI: 9C2XC06107R1498302

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): JOF (R\$): TOTAL SERVIÇOS PÓS-SEGURO (R\$):

SEGURO VAGO

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.800/0001-04

PRESTIQUE O SEU SEGURO BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTO SERVIDORIO



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Aparecida de Andrade
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 027.910.914-83
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Dr. Gabriel Roberto Gomes de Souza
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Freiguel Pereira, nº 252, Centro
 N° 252 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
 CIDADE Empire UF PG CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9666-6746
9.9254-7533

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCALS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 9.666.677
 ASSINATURA Gabriel B. Gomes de Souza

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA 12 OUT 2018
 NOME Márcio F. Souza
 ASSINATURA Márcio F. Souza



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546771 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RADIO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO EM 1,5 CM, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE DORSO RADIAL DO ANTEBRAÇO DE 12 CM, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO PUNHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO COTOVELO GRAU II, AFIRMA DOR E DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/10/2019

Conduta mantida:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546771 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA **Data do acidente:** 23/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 25/01/2019 - SEM SEQUELA.
@1 / @2 - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MARIA APARECIDA DE HOLANDA RG: 60.210.310-1 CPF: 027.910.914-83 Endereço: RUA VILA DO CIPÓ, N° 80, LAGOA DOS GATOS - PE

Outorgado: JOÃO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA RG: 9.664.677 CPF: 320.046.114-21 Endereço: AV. MIGUEL PEREIRA NETO, N° 250, CENTRO / CURURA - PE

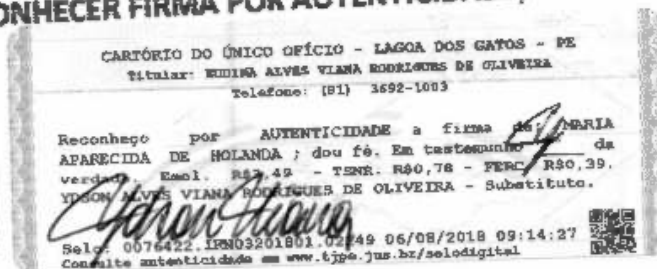
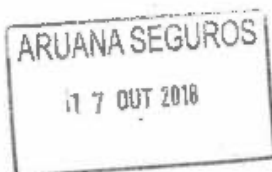
Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima MARIA APARECIDA DE HOLANDA RG: 60.210.310-1 CPF: 027.910.914-83

João dos Gatos, 06 de Agosto de 2018

[Assinatura]

Maria Aparecida de Holanda

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392249/18

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA : 120.046.114-21

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA : 027.910.914-83

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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA
CPF: 120.046.114-21

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329052/19

Número do Sinistro: 3190546771

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 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: 10/06/2020
Nome: MARIA APARECIDA DE HOLANDA
CPF: 027.910.914-83

MARIA APARECIDA DE HOLANDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira
CPF: 089.616.657-07

Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329052/19

Vítima: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

CPF: 027.910.914-83

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DE HOLANDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA : 120.046.114-21

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

MARIA APARECIDA DE HOLANDA : 027.910.914-83

Autorização de pagamento
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: 23/09/2019
Nome: JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA
CPF: 120.046.114-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

JOAO GABRIEL BARBOSA ALVES DA SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

