



21/09/2020

Número: **0017794-33.2020.8.17.3090**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Paulista**

Última distribuição : **25/05/2020**

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               |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|--------------------|
| LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR)                  |                    | MANOEL ROGERIO DANTAS ROMA FILHO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                             |                    |
| Documentos                                             |                    |                                             |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                   | Tipo               |
| 68309363                                               | 21/09/2020 17:06   | <a href="#">ANEXO 1</a>                     | Outros (Documento) |



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0118012688**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/12/2017** às **11:57****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **8/10/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA**



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

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

**LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JURACY BATISTA DA SILVA OLIVEIRA Pai: LUIZ SAVIO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 31/1/1991 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7745484/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 01, RUA 19 NUMERO 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE)**

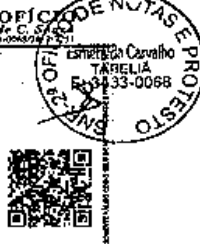


SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS  
Título: *Emeraldo de Azevedo Carvalho* - Substituto: *Amélia de C. S.*  
PRACA PARAJOÁ XXIII, 601, CENTRO, PAULISTA/PE, CEP: 55010-000 - FONE: (11) 3331-0000

**AUTENTICAÇÃO N.º 2019-013808**

Autentica a presente cópia, reproduzindo fiel do original  
apresentado. Em testemunho da verdade:  
PAULISTA-PE, 25/12/2018 13:22:48  
SELO DIGITAL: 8577844.MFH00201901.04780  
Consulte Autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/portaldigital](http://www.tjpe.jus.br/portaldigital)  
ENDL: 2.60 15NR: 0.88 FERC: 0.24 155: 0.67  
FERM: 0.03 FUNSP: 0.67

*Emeraldo de Azevedo Carvalho*  
ANALISTA DE CARVALHO SOUZA - SUBSTITUTO



21/12/2017 11:48



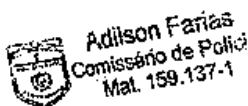
**BICICLETA (BICICLETA)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE)**

## Complemento / Observação

**SEGUNDO A QUEIXOSA FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO TRAFEGAVA EM SUA BICICLETA E O CONDUTOR DE UM AUTO PASSEIO COLIDIU NA PARTE TRAZEIRA DA BICICLETA VINDO A QUEIXOSA A CAIR NA VIA PE 22, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU OCORRENCIA NUMERO 3-390635, PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ATENDIMENTO NUMERO 876494/2017 SEM MAIS ENCERRO ESTE B.O**

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

*Luiza*  
**LUIZA THATI DA SILVA OLIVEIRA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILSON FERNANDES DE FARIAS - MAT. 159.137-1 - Matrícula: 159137-1**

**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO**  
Escritório: Estação de Acredo Carvalhoso - Substituição: Anália de Carvalho  
Praça João João Ximenes, Centro, Paulista, CEP 51011-000 - Fone: (51) 3411-1111

AUTENTICAÇÃO N. 2019-013688

Autentico a presente cópia, reproduzindo fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.  
PAULISTA-PE, 26/10/2019 13:22:47

SELO DIGITAL: 0677644.ARG08201901.04779

Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/portal/leilao](http://www.tjpe.jus.br/portal/leilao)

EMUL: 3, CD TSHR: 0.88 PERC: 0.14 ISS: 0.07

FERNÃO, 07 FUNSD, 0.07

*Anália de Carvalho Souza*  
ANÁLIA DE CARVALHO SOUZA - SUBSTITUTA



Ag. de Cobrança  
0944-0

Sit. Especial

N. Contrato  
6555526160155

Data de Vencimento  
10/07/2019

Comprovante de residência



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL2 DATA DE POSTAGEM 24/08/2018

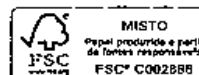
LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA  
R DEZENOVE, 4  
ALAMEDA PAULIS  
53422-020 OLINDA PE



721130702143784320529565430240619

ESCI20A10P

| PARA USO DOS CORREIOS                                                                                                         |                                           |                                                             |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 Ausente                                                                                           | <input type="checkbox"/> 05 Desconhecido  | <input type="checkbox"/> 10 Objeto Danificado               | Recebido no Serviço Postagem<br>Rúbrica do Responsável<br>Assinatura |
| <input type="checkbox"/> 10 Endereço Insuficiente                                                                             | <input type="checkbox"/> 06 Recusado      | <input type="checkbox"/> 11 End. Desconhecido na Localidade |                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 10 Não Existe Nº Insuficiente                                                                        | <input type="checkbox"/> 07 Ausente       | <input type="checkbox"/> 12 Faltou Complemento (Código JGU) |                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 04 Falta de                                                                                          | <input type="checkbox"/> 08 Não Procurado | <input type="checkbox"/> 13 Caixa Postal Cancelada          |                                                                      |
| REMETENTE                                                                                                                     |                                           |                                                             |                                                                      |
| VALZO S.A.<br>DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO<br>AV. DR. RUDGÉ RAMOS, 1561<br>RUDGÉ RAMOS<br>09639-900 SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP |                                           |                                                             |                                                                      |



Programa de Olho na Qualidade (exclusivo Minha Casa, Minha Vida): 0800 721 6268

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



**CAIXA**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CONTRATO: 8.5555.2616.015-5

Prestação do Mês Nº 037  
Prazo do Financiamento 211  
Torn de Juros Contratual 05,0000  
Índice de Reajuste Prestação no Mês 1,00000  
Índice Reajuste Saldo Devedor no Mês  
Categoria Profissional  
Complemento  
EG RGE 0005  
L.Financ/Obr.Recursos 311 / 025  
TP 310  
UNO - Agência do Contrato 0887-2

Estatuto de Evolução

Saldo Devedor Teórico em 10/07/2019  
R\$ 61,008,81  
Juros do Mês (R\$) 300,79  
Amortização do Mês (R\$) 350,82  
Extrato de Evolução FGTS na Prestação  
Saldo anterior 0,00  
Correção Mês 0,00  
Utilização Mês 0,00  
Saldo Atual 0,00

DECLARAMOS QUE AS PRESTAÇÕES DO SEU CONTRATO  
INSTITUCIONAL DE 2018 ESTÃO QUITADAS, EXCETO  
SE HOUVER QUESTÕES JUDICIAIS OU DE EVOLUÇÃO  
DO CONTRATO. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI AS  
QUITACOES DOS CARNÊS MENSUAIS DE 2018 E ANOS  
POSTERIORES. (LEI 12.007/09)

## RECIBO DE PAGAMENTO

Dados do Mutuário

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

R DEZENOVE

ALAMEDA PAULIS

OLINDA

PE 53422-020

091.655.114-84

## Descrição dos 12 Últimos Pagamentos

| Parcela | Data Venc. | Data Pagº  | Valor Devido (R\$) | Valor Pago (R\$) |
|---------|------------|------------|--------------------|------------------|
| 025     | 10/ 7/2018 | 29/06/2018 | 692,28             | 692,28           |
| 026     | 10/ 8/2018 | 07/08/2018 | 690,50             | 690,50           |
| 027     | 10/ 9/2018 | 06/09/2018 | 688,70             | 688,70           |
| 028     | 10/10/2018 | 02/10/2018 | 686,91             | 686,91           |
| 029     | 10/11/2018 | 01/11/2018 | 685,13             | 685,13           |
| 030     | 10/12/2018 | 07/12/2018 | 683,33             | 683,33           |
| 031     | 10/ 1/2019 | 07/01/2019 | 681,54             | 681,54           |
| 032     | 10/ 2/2019 | 06/02/2019 | 679,76             | 679,76           |
| 033     | 10/ 3/2019 | 11/03/2019 | 677,97             | 677,97           |
| 034     | 10/ 4/2019 | 10/04/2019 | 676,18             | 676,18           |
| 035     | 10/ 5/2019 | 10/05/2019 | 674,39             | 674,39           |
| 036     | 10/ 6/2019 | 10/06/2019 | 672,61             | 672,61           |

TOTAL DA DIFERENÇA ATUALIZADA (R\$) 0,00

## Demonstrativo do Encargo do Mês (R\$)

Demonstrativo Valor  
PRESTAÇÃO 697,41  
SEGURO  
FCVS  
TAXA ADM.  
TAXA OPER. MENSAL  
DIFERENÇA PRESTAÇÃO  
BONUS  
FGHAB 13,40

VENCIMENTO

10/07/2019

VALOR A PAGAR

R\$ 670,81

Via do Mutuário - Autenticação Mecânica

- Débito Automático em Conta: Utilize o serviço de débito automático em conta para pagamento das prestações. É cómodo e gratuito. Procure a sua agência.
- Mudança de endereço e telefone: Mantenha seu endereço e telefones atualizados junto à CAIXA. Assim, podemos atendê-lo mais prontamente sempre que você precisar.
- Canais alternativos para pagamento: Agência bancária, Rede de Casas Lotéricas, Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI", Terminais de Auto-atendimento CAIXA e Internet "Banking" CAIXA.
- 2ª via do carnê: Aproveite mais esta facilidade. Obtenha a 2ª via do seu carnê pela Internet, no endereço caixa.gov.br.
- Portabilidade no Pagamento: Pague em dia suas prestações habitacionais. Evite transtornos e pagamento de juros por atraso.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)  
Ouvidoria: 0800 725 7474

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492.  
caixa.gov.br

**CAIXA** |104-0|

10498.17990 21027.185541 55261.601573 2 79460000067081

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Local de Pagamento:

Pagável em qualquer agência bancária até o vencimento, preferencialmente na CAIXA ou Casas Lotéricas.

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço:

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
00360305/0001-04 RDV PE-15, KM 16,5  
CENTRO - PAULISTA - PE - 53401-445

Data Documento: 19/06/2019

Nº Documento: 31019075027

Espécie (Doc):

Asseto:

Data Processamento:

Vencimento

10/07/2019

Agência/Código Beneficiário

0647/817992-1

Nosso Número

14027855552616015-0

Uso do Bônus:

Carteira:

Espécie Moeda:

Quantidade:

Valor:

(-) Valor do Documento

870,81

(-) Descontos/Abatimentos:

(-) Outras Deduções

(+/-) More/Multa

(+/-) Outros Acréscimos

(-) Valor Pago

670,81

Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço:

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA  
091.655.114-84 R DEZENOVE  
ALAMEDA PAULIS OLINDA

PE

53422-020

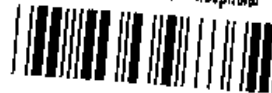
Sector Avalista

Autenticação no verso

Ficha de Compensação



Documentação médico - hospitalar



**SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

DA Nº 39.10.2017  
EM: 26.10.2017

Atendendo ao requerimento da Sr<sup>a</sup>. LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA, RG Nº 7.745.484 SDS - PE, CPF Nº 091.655.114-84, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S - 390635, do dia 08 de outubro de 2017, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 12hs e 25min, vítima de atropelamento por automóvel, na Rodovia PE - 22, S/N, Maranguape - Paulista, nas proximidades do restaurante caldeirão, sendo em seguida removida para o Hospital da Restauração.

*Jeane Andréa da Silva*

Jeane Andréa da Silva  
COREN 172162  
Coordenadora de Enfermagem  
SAMU-Paulista MAT. 60850

Jeane Andréa da Silva  
Enfermeira  
COREN-PE 172162

Av. Antônio Cabral de Souza nº810, Maranguape I CEP 53421-420 - Paulista/PE.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 876494/2017.

NOME: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA.

Foi atendido às 13h18 do dia 08.10.2017.

Diagnóstico provável: T.C.E. CONTUSÃO FARTAL  
ESQUINADA SEM D.L.R.

(ATENDIMENTO)

Tratamento realizado: ECG = 14  
TAC DE CÂVIDA - CONTUSÃO FARTAL ESQUINADA  
TAC DE CÂVIDA - NORMAL  
USG FAST NORMAL  
TAC CÂVIDA CONTROLE  
TRATAMENTO CONSERVADOR

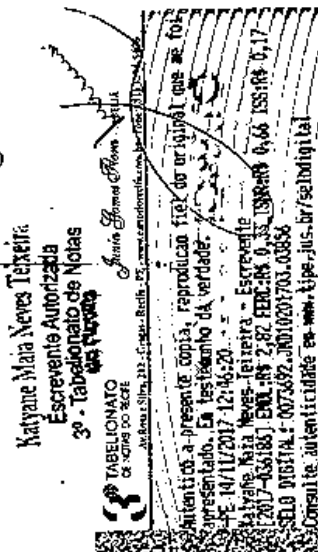
Obs: ALTA EM 13-10-2017

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 10-11-2017

SES - Hospital da Restauração  
Dr. Gilberto Wanderley Lima  
Gerente Médico do S.A.M.E.  
CRM: 4534

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1607101

Nome: Luiz Thays da Silva Oliveira

Foi atendido às 13 hs. do dia 8 de 10 de 17

Diagnóstico Provável: ① Contusão costal  
(Cm 10 406°)

Paciente encontra-se hospitalizado  
no momento, em uma cama  
apresentando tomografia costal para  
avaliar.

Tratamento Realizado: Clínica

Observação: 51 pontos de alta hospitalar

Cópia de: Justiça

Henrique Nogueira  
Advogado  
CRM 10.000

ATENÇÃO: Este documento destina-se à 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.

Serviço Notarial e Registral - 1º Ofício  
Bn. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador  
Av. Marechal Deodoro, 18 - CEP 53014-00 - Recife/PE - Fone: (081) 3310-0001

NOTÁRIO: Escritura, Atos, Testamentos, Inventários, Proxies, Resoluções, etc.  
Larissa Albuquerque, E.O.  
Larissa Albuquerque, E.O.

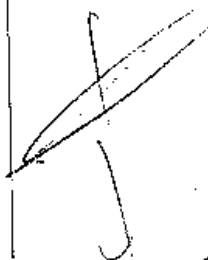
Cód. 0157

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original; Doc.  
fê. Paulista/PE, 11/10/2017 15:53:27. Encl: R\$ 2,92; TSN: R\$ 0,66;  
FERC: R\$ 0,33; ISS: R\$ 0,07. Op. 196 VICTOR JOSÉ MARQUES DE  
MELLO - Escrevente autorizado. Consulte autenticidade em  
[www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital) 0077552.T0010201701.00023

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:06:38

**RECEITUÁRIO/MÉDICO**

Luiza Thays de Silva

 LABIRIN 24 ug  
Ten 1 cp 12/12h  
por 6 dias

Assinatura e CRM do(a) médico(a)



Primeira  
Ou  
Segunda  
Já  
Já em cada, lach  
antes de começar  
↗

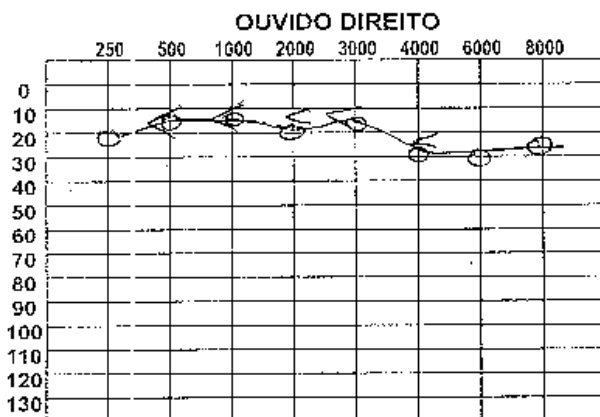


# PREVIMAGEM

## EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA ESTÉTICA

### EXAMES AUDIOMÉTRICO

Nome: Juliana Thays da Silva Oliveira  
 Idade: 27 Data de Nascimento: 31/01/1991 RG: 3745484 ORG. EXP.: SDS-PE  
 Empresa: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
 Meatoscopia: OD-C/Cerume ( ) Sim ( ) Não OE-Cerume ( ) Sim ( ) Não  
 Repouso Aditivo: \_\_\_\_\_ Audiômetro AVS-500 Calibração: 29.01.2018  
 Motivo da Consulta: \_\_\_\_\_  
 Exposição a ruído: Sim ( ) Não ( ) Exposição Anterior: Sim ( ) Não ( )  
 Uso de protetor auricular: ( ) Concha ( ) Plug ( ) Não



**COMPLACÊNCIA ESTÁTICA**

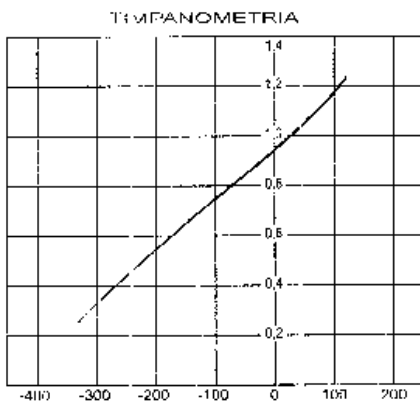
|                   | OD   | OE   |
|-------------------|------|------|
| complacência      | ml   | ml   |
| pressão           | mmHg | mmHg |
| Volumetria (+20%) | ml   | ml   |

**WI-RIR**

|  | 500 | 1000 | 2000 | 4000 |
|--|-----|------|------|------|
|  |     |      |      |      |

**MASCARAMENTO**

|    | VA | VO |
|----|----|----|
| OD |    |    |
| OE |    |    |



**DISCRIMINAÇÃO VOCAL**

|    | %  | dB  | MASC. | SRT | SIT | MASC. |
|----|----|-----|-------|-----|-----|-------|
| OD | 92 | 56  |       | 20  |     |       |
| OE | 80 | 100 | 46    | 40  | 30  |       |

**(SONDA OE) (SONDA OD)**

|             | OD  |     |      |      |      | OE  |     |      |      |      |
|-------------|-----|-----|------|------|------|-----|-----|------|------|------|
| FREQUÊNCIAS | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 |
| Liminar     |     |     |      |      |      |     |     |      |      |      |
| Contra      |     |     |      |      |      |     |     |      |      |      |
| IPSI        |     |     |      |      |      |     |     |      |      |      |
| DIFERENÇA   |     |     |      |      |      |     |     |      |      |      |
| DECAY       |     |     |      |      |      |     |     |      |      |      |

#### CONCLUSÃO AUDIOLÓGICA:

OD: boa audição sensorial normal  
 OE: boa audição sensorial de grau moderado

EU: boa

Estou ciente do resultado deste exame de audiometria.

Local Data: Paulista 15/02/2018

Rua Braz Marques de Pinho Seabra, 746 - Centro - Paulista - PE - CEP 53401-273  
 Fone: (81) 3372.3971 | 3433.1468 | 99711-0166 | 99711-0189  
 site: [www.previmagem.com](http://www.previmagem.com) - email: [relacionamento.previmagem@gmail.com](mailto:relacionamento.previmagem@gmail.com)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 7.745.484 DATA DE  
EXPIÇÃO 28/11/2011

NOME  
<< LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA >>

PREACAO  
<< LUIZ SAVIO DE OLIVEIRA >>  
<< JURACY BATISTA DA SILVA OLIVEIRA >>

NATURALIDADE  
RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO  
31/01/1991

DOCORIGEM << CN 75637-LA114-F.279-CART.7020NA-  
RECIFE/PE.14.02.1991 >>

CPF  
091.655.114-84

ASSINADO EM DIRETORIA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 2008

F-45 06.612 - 3024

Documentos de identificação





007



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 31325 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028A. CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA  
Ofício nº. 528 / 2019 Data 24 / 7 / 2019  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028A. CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:38 do dia 24 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA filho(a) de LUIZ SAVIO DE OLIVEIRA e de JURACY BATISTA DA SILVA OLIVEIRA de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 28 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 7745484, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA 19, complemento: NÃO INFORMADO, bairro MARANGUAPE - II, telefone/s (81)99124-8097, PAULISTA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Refere a examinada que foi vítima de acidente de trânsito (atropelamento); fato ocorrido em via pública no dia 08/10/2017, por volta das 12:00 horas. Relata atendimento médico no Hospital da Restauração, conforme segue em anexo cópia de ficha de esclarecimento, datada de 10/11/2017 e assinada pelo médico Dr. Gilberto Wanderley Lima, CRM-PE: 4533; que diz: "...Foi atendido às 13h18 do dia 08/10/2017... Diagnóstico provável: TCE - Contusão frontal esquerda... Atropelamento... Tratamento realizado: ECG=14... TAC de crânio: Contusão frontal esquerda... Tratamento conservador... Alta em 13/10/2017...". Informa ainda a examinada que após acidente evoluiu com perda auditiva à esquerda. Apresenta Parecer do ORI (Otorrinolaringologista) cópia segue em anexo, datado de 07/12/2018 e assinado pelo médico otorrinolaringologista Dr. Roberto Menezes de Albertin, CRM-PE: 11645; que informa: "...É portadora de Disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave. Orelha direita é normal. CID10: H90 (Perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro-sensorial)... RNM... sem apresentar alterações graves ou cirúrgicas..."

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Ao exame físico atual: Ausência de lesões traumáticas visíveis macroscopicamente. Tegumento cutâneo íntegro.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

Diante do exposto, concluímos que houve debilidade permanente do sentido da audição; caracterizada pela disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave.

Do ponto de vista Médico-legal, a examinada encontra-se restabelecida.

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?  
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?  
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)  
Sim. Debilidade permanente de sentido (audição); caracterizada pela disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)  
Não.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). MARIANA CORTEZ FITTIPALDI - CRM 11095.

Dra. Mariana Fittipaldi  
Médica Legista  
CRM: 11.095 | Matr.: 288.653-6  
Perito responsável

LUÍZA ALVES DA SILVA  
07/10/20  
17:09:19 857

Fábio Farias Alvim  
Assistente em Gestão PCB  
Matrícula nº 263.376



Lauda do IML - Lesões corporais  
Lauda do IML - Lesões corporais



CC



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLICIA CIENTIFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA



PERICIA TRAUMATOLOGICA Nº 31325 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 028A, CIRCUNSCRICAO - PAULISTA  
Ofício nº. 528 / 2019 Data 24 / 7 / 2019  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 028A, CIRCUNSCRICAO - PAULISTA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:38 do dia 24 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-Legal, procedeu o exame de LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA, filha(s) de LUIZ SAVIO DE OLIVEIRA e da JURACY BATISTA DA SILVA OLIVEIRA de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), apresentando a idade de 28 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado: RG: 7745484, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA 18, complemento: NÃO INFORMADO, bairro MARANGUAPE - II, telefones: (81)99124-8097, PAULISTA - PE sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estas questões:

**HISTÓRICO:**

Refere a examinada que foi vítima de acidente de trânsito (atropelamento); fato ocorrido em via pública no dia 08/10/2017, por volta das 12:00 horas. Relata atendimento médico no Hospital da Restauração, conforme segue em anexo cópia de ficha de esclarecimento, datada de 10/11/2017 e assinada pelo médico Dr. Gilberto Wanderley Lima, CRM-PE: 4533; que diz: "...Foi atendido às 13h18 do dia 08/10/2017... Diagnóstico provável: TCE - Contusão frontal esquerda... Atropelamento... Tratamento realizado: ECG=14... TAC de crânio: Contusão frontal esquerda... Tratamento conservador... Alta em 13/10/2017... Informa ainda a examinada que após acidente adquiriu port: porta auditiva à esquerda. Apresenta Parecer do ORI (Otorrinolaringologista) cópia segue em anexo, datado de 07/12/2018 e assinado pelo médico otorrinolaringologista Dr. Roberto Menezes de Alencar, CRM-PE: 11645; que informa: "...É portadora de Disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave. Orelha direita é normal. CID-10: H90 (Perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro-sensorial)... RNM... sem apresentar alterações graves ou cirúrgicas..."

**DESCRIÇÃO:**

**Exame Físico:**

Ap exame físico atual: Ausência de lesões traumáticas visíveis macroscopicamente. Tegumento cutâneo íntegro.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

Diante do exposto, concluímos que houve debilidade permanente do sentido da audição, caracterizada pela disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave.

Do ponto de vista Médico-legal, a examinada encontra-se restabelecida.

**QUESTOS:**

1ª) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2ª) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3ª) Da lesão resultou debilidade permanente do membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar):

Sim. Debilidade permanente do sentido (audição); caracterizada pela disacusia neuro-sensorial à Esquerda moderada a grave.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PÉRSIVO CUNHA

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(\*). MARIANA CORTEZ FITTIPALDI - CRM 11095.

Dra. Mariana Fittipaldi  
Médica Legista  
CRM 11.095/MA - 288.653-6  
Perfil responsável

Luiza Luísa da Silva  
OC/CT Lo:  
17/09/19 854

Fábio Farias Alvim  
Assistente em Gestão Pch  
Matrícula nº 263.376



**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: 3190622022  
Nome do(a) Examinado(a): Luiza Thays da Silva Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dezenove, 4  
Jaguaribe Paulista PE CEP: 53422-020  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 7745484  
Data local do acidente: [ 08/10/2017 ]  
Data local do exame: [ 27/12/2019 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TCE COM CONTUSÃO CEREBRAL**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: SUPORTE CLÍNICO.**  
**Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES**  
**Data da Alta: VITIMA NAO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. TEM AUDIOMETRIA ALTERADA, COM DISTURBIO AUDITIVO EM OUVIDO ESQUERDO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
( ) Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**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*  
**(X) "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):                                                                  | Região Corporal (Sequela):                                                                  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):                                                                  | Região Corporal (Sequela):                                                                  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**No meu entender não há como relacionar a perda auditiva ao TCE, visto que não foi relatado lesão no laudo do Hosp da Restauração, que corrobore trauma de tal monta que possa causar sequela.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Leonardo de Faria Neves**  
CPF - 045.955.274-03  
CRM/PE - 17742

Leonardo Neves  
Médico  
CRM/PE 17742



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386935/19

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 091.655.114-84

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Idente: 08/10/2017

Titular do CPF: LUIZA THAYS DA SILVA  
OLIVEIRA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA : 091.655.114-84

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019  
Nome: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 091.655.114-84

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

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

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Luiza Thays da Silva Oliveira  
Data do Acidente: 08/10/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 091.655.114-84

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
  - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
  - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
  - ☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Luiza Thays da Silva Oliveira  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 091.655.114-84  
E-mail: luiza.oliveira62@gmail.com Tel.: (81) 99612-1904  
Data: 29.10.2019 Assinatura: Luiza

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):  
Atendente: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

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

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Luiza Thays da Silva Oliveira  
Data do Acontecimento: 06/10/2019 CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 091.655.114-84  
PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)  
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada  
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☒ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)  
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não  
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**  
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**  
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**  
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)  
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)  
☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Luiza Thays da Silva Oliveira  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal  
CPF do portador: 091.655.114-84  
E-mail: luiza.oliveira62@gmail.com  
Data: 29/10/2019 Assinatura: [Assinatura]

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):  
Atendente: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190622022 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (CONTUSÃO FRONTAL ESQUERDA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** # 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 auditiva total bilateral (surdez completa) | 50 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386935/19

**Vítima:** LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

**CPF:** 091.655.114-84

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/10/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA : 091.655.114-84**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019  
Nome: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 091.655.114-84

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

\_\_\_\_\_  
LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

\_\_\_\_\_  
AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190622022 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (CONTUSÃO FRONTAL ESQUERDA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** # 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 auditiva total bilateral (surdez completa) | 50 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190622022 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TCE COM CONTUSÃO CEREBRAL

**Descrição do exame físico:** VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. TEM AUDIOMETRIA ALTERADA, COM DISTURBIO AUDITIVO EM OUVIDO ESQUERDO.( NÃO RELACIONADO AO TRAUMA)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR,SUPORTE CLÍNICO.  
EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 27/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190622022

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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

|                                 |                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue. |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Pag. 01469/01470 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050735



Carta nº 15080677





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

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622022

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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,

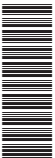
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15081988

Pag. 01371/01372 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020686





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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622022

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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. 01609/01610 - carta\_02 - INVALIDEZ

00080805



Carta nº 15245964





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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622022

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00387/00388 - carta\_04 - INVALIDEZ

00060194



Carta nº 15298723





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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017798

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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,

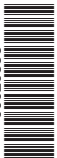
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15386856

Pag. 01769/01770 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020885





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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200017798

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

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

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentação médico-hospitalar</b> | Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue. |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Pag. 01121/01122 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060561



Carta nº 15387978





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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017798

Vítima: LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LUIZA THAYS DA SILVA OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01657/01658 - carta\_04 - INVALIDEZ

00040829



Carta nº 15570753



## 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:  
**3190622022**

3 - CPF da vítima:  
**091.655.114-84**

4 - Nome completo da vítima:  
**Luiza Thays da Silva Oliveira**

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

5 - Nome completo:  
**Luiza Thays da Silva Oliveira**

6 - CPF:  
**091.655.114-84**

7 - Profissão:  
**Técnica em edificações**

8 - Endereço:  
**Rua Dezenove (Lot Alameda Paulista)**

9 - Número:  
**04**

10 - Complemento:

11 - Bairro:  
**Maranguape II**

12 - Cidade:  
**Paulista**

13 - Estado:  
**PE**

14 - CEP:  
**53422-020**

15 - E-mail:  
**luiza.oliveira62@gmail.com**

16 - Tel.(DDD):  
**(81) 99612-1904**

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) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2080**

CONTA: **0021680**

**1**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(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.

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 Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Paulista, 07 de dezembro de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019