



21/09/2020

Número: **0000156-69.2020.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **30/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
XAYANE TAVARES RODRIGUES (AUTOR)		GABRIELA RODRIGUES TERTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68311177	21/09/2020 17:29	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004358

Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES

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,

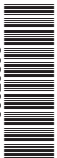
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15326692

Pag. 01611/01612 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020806





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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004358 Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Data do Acidente: 01/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES

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/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

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. 01677/01678 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060839



Carta nº 15326947





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, 18 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200004358**

**Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES**

**Data do Acidente: 01/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 01053/01054 - carta\_25 - INVALIDEZ





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, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004358

Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), XAYANE TAVARES RODRIGUES**

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: XAYANE TAVARES RODRIGUES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001433

Conta: 0000057873-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00263/00264 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020132





## 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

140.390.994-60

4 - Nome completo da vítima:

XAVANE TAVARES RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

XAVANE TAVARES RODRIGUES

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

SÍTIO MATA LUTA O EM

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

THOMAS

6 - CPF:

140.390.994-60

9 - Número:

999

10 - Complemento:

142A

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.8500

16 - Tel. (DDD):

82.9.9917.3165

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\$1.000,00 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)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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



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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 (ou CIVIL)



Divorçado



Separado judicialmente



Vivo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:



Sim



Não

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:



Sim



Não



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e promanam esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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, FLORES 11/12/2019

Ante Rodolfo de Santos

Xavane TAVARES RODRIGUES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

**PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sistema ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

XAYANE TAVARES RODRIGUES

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

SÍTIO MATALOTA GEM

6 - CPF:

140.390.994-60

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

FLORES

9 - Número:

041

10 - Complemento:

CAS

15 - E-mail:

MJAQUELINEMARIZ.S@GMAIL.COM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.850-0100

16 - Tel (DDD):

81.9.9912.3169

17 - Nome completo do Representante Legal (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

GLENE RODRIGUES DOS SANTOS

18 - CPF do Representante Legal:

044.076.064-0

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1433

CONTA:

00013604

1

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT o qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 rascunho (aliquotas)?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem se apresentar e proferir esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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: Flores, 10 de Janeiro 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada

#### DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

#### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17 Nome completo do Representante Legal

Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.

18 CPF do Representante Legal

Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.

19 Profissão do Representante Legal

Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

#### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

#### DADOS BANCÁRIOS

20 Renda Mensal do Titular da conta

Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.

21 Dados bancários.

Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

#### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

#### INVALIDEZ PERMANENTE

22 Declaração de Ausência de Laudo do IMI

Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

#### MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários

A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

#### NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.

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

Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).

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

Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).

37 Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

#### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo) na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

#### TESTEMUNHAS

38 1ª testemunha

Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.

39 2ª testemunha

Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

#### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

#### ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40 Local e Data

Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.

41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.

42 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.

43 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todas as dias da semana, 24h: 0800 022 8188

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ovidor: 0800 021 91 35



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>

Número do documento: 20092117290730900000066999101





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -  
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0269000572**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2019** às **10:47**

Complementa o BO Número: **19E0269000571**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **1/10/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO CAIÇARA -**  
Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)  
MARIA APARECIDA TOME DA SILVA (OUTRO)  
EMANUEL FILHO DE JOÃO CAMBÃO (TESTEMUNHA)  
EUFABIO JOSE T DA SILVA (VÍTIMA)  
KAYANE TAVARES RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **EUFABIO JOSE T DA SILVA**



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

**EUFABIO JOSE T DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA TOME DA SILVA Pai: MANOEL HERMINIO DA SILVA Data de Nascimento: 13/7/1988 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7288287/SDS/PE (RG), 88488788413 (CPF), 66621217849 (CNH) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87888788876**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO CAIÇARA DOS FERNADES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**KAYANE TAVARES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: GLENE RODRIGUES DOS SANTOS Pai: JESUS RIVANIO TAVARES RODRIGUES Data de Nascimento: 8/1/2002 Naturalidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10483821/SDS/PE (RG), 14838888488 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 878886661238**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO NATALOTAGEM - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**



- 87888651238

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SÍTIO NATALOTAGEM - CEP: 55000-000 -  
Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

1 of 2

05/11/2019 10:50

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

**EMANUEL FILHO DE JOÃO CAMBÃO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARIA APARECIDA TOME DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**NÃO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA TOME DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EUFABIO JOSE T DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KMD3873** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **967871428** Chassi: **9C2KC08108R193862**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO** Combustível: **GASOLINA**

#### Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRª XAYANE TAVARES RODRIGUES NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ANTERIOREMENTE CITADA PELA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO CAICARA, LEVANDO COMO GARUPA O SR. EUFABIO JOSE T DA SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO DO VEÍCULO DEVIDO AO FATO DE NÃO POSSUIR PRÁTICA EM PILOTAR MOTOCICLETA VINDO OS DOIS A CAIR. ADIANTO QUE DEVIDO AO ACIDENTE A CONDUTORA TEVE O DEDO GRANDE DO PÉ ESQUERDO AMPUTADO E PASAGEIRO NÃO TEVE FERIMENTOS.**

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

*+Eufabio José Tome da Silva*  
**EUFABIO JOSE T DA SILVA**  
(VITIMA)

**XAYANE TAVARES RODRIGUES**  
(VITIMA)

*+ Xayane Tavares Rodrigues*

B.O. registrado por: **JAIRO JOSÉ DE LIMA - MATR 26.535-1** - Matrícula: **320535-1**





## 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

140.390.994-60

4 - Nome completo da vítima:

XAVANE TAVARES RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

XAVANE TAVARES RODRIGUES

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

SÍTIO MATA LUTA O EM

6 - CPF:

140.390.994-60

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

THOMAS

9 - Número:

999

10 - Complemento:

CAZA

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.8500

16 - Tel. (DDD):

82.9.9917.3165

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\$1.000,00 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)

☐

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☐

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 (ou CIVIL)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Vivo

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:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

☐

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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, FLORES 11/12/2019

Ante Rodolfo de Santos

Ante Xavane TAVARES RODRIGUES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima <b>KAYANE TAVARES RODRIGUES</b>	CPF da Vítima <b>140.390.994-60</b>	Data do Acidente <b>01/10/2019</b>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <b>GLENE RODRIGUES DOS SANTOS</b>	CPF do Representante Legal <b>044.076061-01</b>
E-mail <b>MJAQUELINE.MARIZ.S@Gmail.com</b>	Telefone (DDD) <b>87.9.9917.3169</b>

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Flores 10 de junho de 2020  
Local e Data

Kayane Tavares Rodrigues  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Glene Rodrigues dos Santos  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal











# UNIDADE

## Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Xayane Linares Rodas

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Regulagem de Coto de A. p. 5

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
21/10/19						

1) Dor e dor no ponto de

2) Dor no ponto de dor e dor no ponto de dor

3) Dor no ponto de dor e dor no ponto de dor

4) Dor no ponto de dor e dor no ponto de dor

5) Dor no ponto de dor e dor no ponto de dor

6) Dor no ponto de dor e dor no ponto de dor

7) Dor no ponto de dor e dor no ponto de dor

COMPREV

06 JAN 2021

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 18426

1º Auxiliar

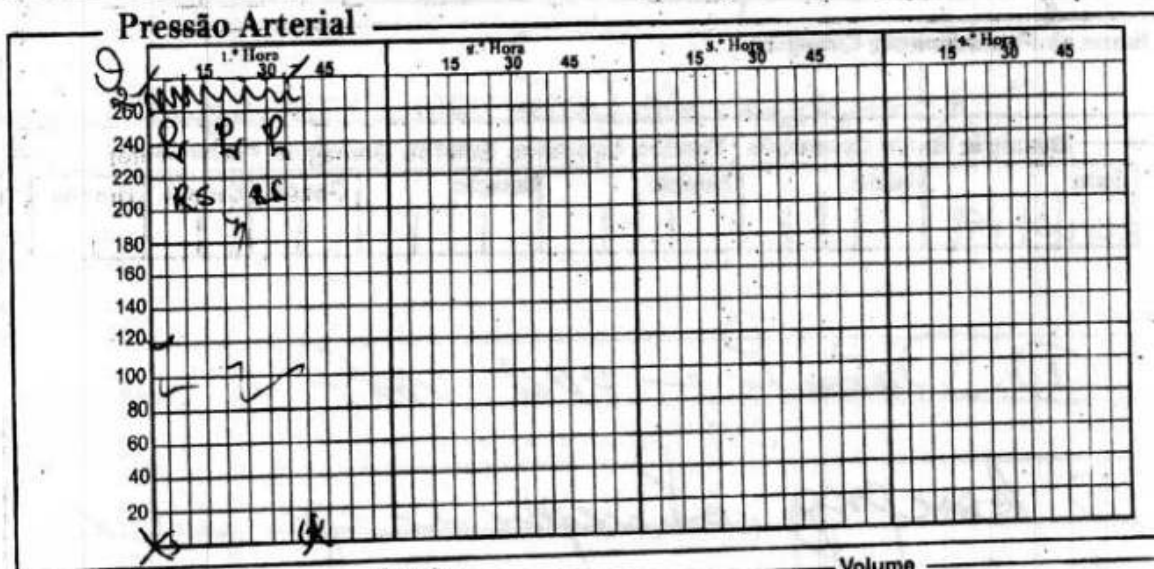
2º Auxiliar

PROTOCOLO  
AGÊNCIA SAÚDE

Cirurgião: Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 18426

# Laudo de Cirurgia

Data	Início	Término	Duração
01/10/19	21:10	22:22	



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Rouque L3 - 100ml	midazolam	100ml
10 25 100ml	propofol	100ml
manul	cefasolin	100ml
	amoxicilina	100ml
	fentanyl	100ml

Hora	Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações
	depura 001
	hormônio 100ml
	2.100
	varicela 04ml

10.583.990/0010/24  
HOSPITAL DO IRICENTRO  
AV. MARCELO VIANA, 54 - KM 2  
PE 70000-000  
Atogados de Jussara - PE

Anestesiado



**SUS**Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério da  
Saúde  
Secretaria  
de Saúde de  
Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.R.C.C

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

70971041010181261910

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

XAYANE TAVARES RODRIGUES

10 - DATA DE NASCIMENTO

08/01/2002

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

GLENÉ RODRIGUES DOS SANTOS

11 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO MATALOTAGEM

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORES

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

função extensa a brux  
da pt Branda

10-583.920/0010-24

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta do fêmur da pt (G) 592

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

ferimento vascular

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Obter

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0410181051012104

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

André Luis de F. 02/10/19

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

261910495488-4

( ) CNS ( ) CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

LEGRÁFICA (97) 9635-7200





FLORES

Confirmando como original  
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier  
CNPJ: 10.247.888/0001-17  
05.11.19

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES**  
Fundo Municipal de Saúde  
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier  
**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

17a

Data e Hora: 01.10.2019 às 19:05		Nº. Ocorrência: 51
Nome: Xayane Tavares Rodrigues		Data Nascimento: 08.01.2002
Profissão:	Sexo: F	Doc. Ident.:
Fone.:	SUS: 709.704000872690	
End.: St. Napolitano		
Responsável: Glau (Mãe)		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
Histórico e Exame Físico: Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma no 2º dedo da mão direita (E), levando a fratura profunda na base de todo o dedo.				
Tratamento: ① Ao Traumatologista ② Dor - (40) ③ Antibiótico - (40) ④ Curativo 2x - (40) SENAR: 5783917 (Emília Carneiro)				
Impressão Diagnóstica:				
Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>	
Removido para Hospital				
Óbito às	horas do dia			
Médico - Carimbo e CRM: Dr. Thiago E. Felix CRM: 24878				





## EXAME FÍSICO

Inspeção:

folha, lux suprapúbica  
frente com comitô

Palpação:

Ausculação de perfusão profunda

Ausculat:

Hipótese Diagnóstica:

fratura exposta do hálux  
(+/-) com lesão vascular

Alta

Curado ☐

Melhorando ☐

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

Transferido para

### Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar \_\_\_\_\_ dias

Óbito em \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☐

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

Diagnóstico definido

fraturas tríplices do hálux (6)

Tratamento

replacimento de C.O. de o puzos

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Cofre 10.583.920/0010-24  
HOSPITAL DO TRIUNFO  
Av. Manoel Virgílio, S/N - KM 01  
CEP 570-000  
Araguari - PE

Dr. André Fialto Peixoto  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PE 18428

Data

02, 10, 15

Ass. do Médico - CRM  
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma



**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que: Xoipe Teves Rodrigues  
Profissão: \_\_\_\_\_

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

☒ Afastar-se do trabalho por 90 dias

☐ Afastar-se das aulas por \_\_\_\_\_ dias

☐ Afastar-se da Educação Física por \_\_\_\_\_ dias

☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade

☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença\*

☐ Acompanhante do paciente \_\_\_\_\_

\* Os atestados Médicos são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Lesões traumáticas do  
Hálux do pé esquerdo 8: 1º e 2º  
metatarsais e 1º e 2º metatarsais

Procedimento: fixação cirúrgica + Curativo

CID 10: S98.4

Afogados da Ingazeira 09 de 10 de 20 19

Dr. André Pinto Peixoto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 18426 RQE 5090





5.209

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM**  
**FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR**

ENF            LEITO           
 Registro Nº 96.140  
 Data 02.10.2019  
 Hora 8:10

PACIENTE

 Nome: Xaione Torres Rodrigues Categoria:             
 Sexo: F Idade: 17 Cor:            Estado Civil: SOLTEIRA  
 Naturalidade: FLORES Profissão: AGRICULTORA  
 Endereço: SITIO MATALOTAGEM

RESPONSÁVEL

 Pessoa de Quem Depende: GLENE RODRIGUES DOS SANTOS Parentesco: Mãe  
 Endereço:           

 Internado por Ordem de             
 Ass. Médico - CRM             
 10.583.920/0010-24  
 HOSPITAL DO PRINCÍPIO  
 Av. Manoel Virgílio, S/Nº KM 01  
 PE 520-000  
 Recife - PE

☐ Clínico ☒ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico           

 Pressão Arterial            MX            MN.            Pulso            BPM           

 Temperatura            °C            Peso           

 Queixa Principal Torção no braço de esquerda no pulso  
com dor por compressão do nervo por  
estufamento do braço pelo  
espasmo  
 História da Doença Atual           

ATENÇÃO MÉDICA

ferimento com cicatriz recente  
no braço. exame físico  
no




**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**46FC.7904.4D18.B148**

A autenticidade desta comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:30:31 do dia 20/10/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 10.483.821 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 20/10/2016

NOME  
<< XAYANE TAVARES RODRIGUES >>

FILIAÇÃO  
<< JESUS RIVÂNIO TAVARES RODRIGUES >>  
<< GLENE RODRIGUES DOS SANTOS >>

NATURALIDADE  
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO  
08/01/2002

DOC. ORGEM << CN. 20.722 L.A72 F.262 CART.  
FLORES-PE 12.03.2002 >>

CPF  
140.390.994-60

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014958743860  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO  
1 967871425 \*\*\*\*\* 2019

NOME  
MARIA APARECIDA TOME DA SILVA

AFOGADOS DA INGAZEIRA

PLACA  
039.626.194-96 RMD3573

PLACA ANT. / U. CHASSI  
\*\*\*\*\* 9C2K000106R123862

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL  
FAS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 150 TITAN K3 2008 2008

CAP/POT./CIL. CATEGORIA DQR PREDOMINANTE  
2B/148CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS  
I 19VA 2013 QUITADO 1ª \*\*\*\*\*  
P FAIXA 19VA PARCELAMENTO/COTAS 2ª \*\*\*\*\*  
V 1 \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*  
A 1 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
80.11 0.00 80.11 28/01/19

SEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

MACULADO POR TRANSFERENCIA

AFOGADOS DA INGAZEIRA 28/10/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
IRETR - PRESIDENTE DE TRANSPORTES

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

PE Nº 014958743860 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA APARECIDA TOME DA SILVA

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

AFOGADOS DA INGAZEIRA EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 20/10/19

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 039.626.194-96 RMD3573

RENAVAM MARCA / MODELO  
967871425 HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB. DATA DE INSS. Nº CHASSI  
2008 09 9C2K000106R123862

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRIS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
36.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO SEGURO (R\$)  
4.15 0.92 54.56

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 28/01/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.508/0001-04

LEIA O VRS E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO TEM PORTE OBRIGATORIO

JUL-2019





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200004358 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** XAYANE TAVARES RODRIGUES **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 11/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO). P1  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO HÁLUX ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003940/20

**Vítima:** XAYANE TAVARES RODRIGUES

**CPF:** 140.390.994-60

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/10/2019

**Titular do CPF:** XAYANE TAVARES  
RODRIGUES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**XAYANE TAVARES RODRIGUES : 140.390.994-60**

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](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: 06/01/2020  
Nome: XAYANE TAVARES RODRIGUES  
CPF: 140.390.994-60

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

XAYANE TAVARES RODRIGUES

JONATAN BARBOSA DE BARROS



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003940/20

Número do Sinistro: 3200004358

Vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

CPF: 140.390.994-60

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 01/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: XAYANE TAVARES  
RODRIGUES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**XAYANE TAVARES RODRIGUES : 140.390.994-60**

Autorização de pagamento

### 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.



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200004358 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** XAYANE TAVARES RODRIGUES **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 11/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO). P1  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA COMPLETA

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00







## 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: 3200 004358 3 - CPF da vítima: 140.390.994-60 4 - Nome completo da vítima: XAYANE TAVARES RODRIGUES

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

5 - Nome completo: XAYANE TAVARES RODRIGUES 6 - CPF: 140.390.994-60  
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SÍTIO MATA DO TAGEM 9 - Número: 944 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: FLORES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.850.000  
15 - E-mail: MSAQUELINEMARIZ.S@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3433 CONTA: 057-873 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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

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 (se 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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: COM. DE PREVIDÊNCIA SIA

CPF:

29 ABR 2020

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES 20/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

