



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
68311 177	21/09/2020 17:29	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15326692



01611/01612 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Núm. 68311177 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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:

Autorização de pagamento	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.
Declaração de Inexistência de IML	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. 0167/01678 - carta_03 - INVALIDEZ



00060839

Carta nº 15326947



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Num. 68311177 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 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

00030527

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Núm. 68311177 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 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 indemnização

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

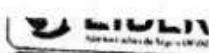
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Núm. 68311177 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

140.390.994-60

4 - Nome completo da vítima:

XAVANE TAIJANES 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 TAIJANES RODRIGUES

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

SITIO MATA LARGA CENT

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

FLORIANÓPOLIS

15 - E-mail:

6 - CPF:

140.390.994-60

9 - Número:

0311

10 - Complemento:

BAZA

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

86000-000

16 - Tel. (DDD):

82-9-9917-3165

FAIXA DE RENDA

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:

 RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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 sumamente após a efetivação do crédito, quitação total da valor recebido.

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

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

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

Solicto 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: FLORES 11/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



PEDIDO DE SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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:

7 - Profissão:

Agricultura

8 - Endereço:

Sítio Matalota 6m

6 - CPF:

140.390.994-60

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

Flores

9 - Número:

091

10 - Complemento:

CIA5

15 - E-mail:

MJAQUELEN.MALIZ.S@GMAIL.COM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.860-0100

16 - Tel. (DDD):

87.9912.3169

17 - Nome completo do Representante Legal:

GLENE RODRIGUES DOS SANTOS

18 - CPF do Representante Legal:

044.076.064-01

19 - Profissão do Representante Legal:

Agricultura

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLISO 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: 1433

CONTA: 00013604

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, devo já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Oval) 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

Falecidos: _____

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por inserir aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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 - Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Floriano, 10 de Janeiro de 2020

41 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Glene Rodrigues dos Santos - Rayane Kueka Rodrigues
Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



E importante o preenchimento de todos os campos específicos à 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 (pai, 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 (pai, 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 IML	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 deve 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 (pai, 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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 39





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179°CIRC DINTER2/21°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 - Culposo (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)
XAYANE 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 INGAZERA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7288287/SDS/PE (RG), 88488788413 (CPF), 88821217849 (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: 58888-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

XAYANE 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 INGAZERA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **14843321/SDS/PE (RG), 14839888469 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87888661238**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO MATA LÔTAGEM - CEP: 58888-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**



- 87888661238

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SITIO MATALOTAGEM - CEP: 55888-000 -
Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

1 of 2

05/11/2019 10:50

Boletim de Ocorrência

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

EMANUEL FILHO DE JOÃO CAMBÃO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino e Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA APARECIDA TOME DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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/GG 150** Objeto apreendido: **Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Placa: **KMD3873** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **967871428** Chassi:
8C2KC08108R103862
Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SR^ª XAYANE TAVARES RODRIGUES NOTICIANDO
QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA
ANTERIORMENTE CITADA PELA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO CAIÇARA, 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 PASSEIRO
NAO TEVE FERIMENTOS.**

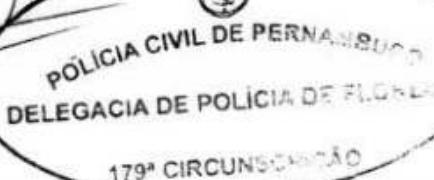
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

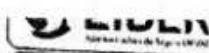
+Eufabio José Tome da Silva
EUFABIO JOSE T DA SILVA
(VITIMA)

XAYANE TAVARES RODRIGUES
(VITIMA)

+ Rayane Tavares Rodrigues

B.O. registrado por: **JAIRO JOSÉ DE LIMA** - Matr.: **28.588-1** - Matrícula: **326888-1**





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 ASL:

3 - CPF da vítima:

140.390.994-60

4 - Nome completo da vítima:

XAVANE TAIJANES 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 TAIJANES RODRIGUES

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

SITIO MATA LARGA CENT

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

FLORIANÓPOLIS

15 - E-mail:

6 - CPF:

140.390.994-60

9 - Número:

0311

10 - Complemento:

BAZA

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

86000-000

16 - Tel. (DDD):

82-9-9917-3165

FAIXA DE RENDA MENSAL

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:

 RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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 sumamente após a efetivação do crédito, quitação total da valor recebido.

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

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

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

Solicto 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

•

Vivos:

Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nascituro (na nasc.)?

 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 devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: FLORES 11/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VITIMA 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 KAYANE TAVARES RODRIGUES	CPF da Vítima 140.390.994-60	Data do Acidente 01/10/2019
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal GLENÉ RODRIGUES DOS SANTOS	CPF do Representante Legal 044.076.061-01
Email MJALUENEMARIZ.S@gmail.com	Telefone (DD) (3) 87.9.9917.3169

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 atende 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 DPVAF; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Kayane Tavares Rodrigues _____
Local e Data

10 de Janeiro de 2020

Kayane Tavares Rodrigues
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Glené Rodrigues dos Santos
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211729073090000066999101>
Número do documento: 2009211729073090000066999101

Num. 68311177 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Num. 68311177 - Pág. 13

UNIDADE

Cópia 10.583.920/0010-24
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
MAGALHÃES - CEP 59010-000
CEP 59010-000 - Maceió - AL

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente	N.º do Registro	Data Admissão
Xayane Tavares Rodine	03	11/10

Nome do Procedimento Cirúrgico
Ressecção de Cisto do Apendice

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

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

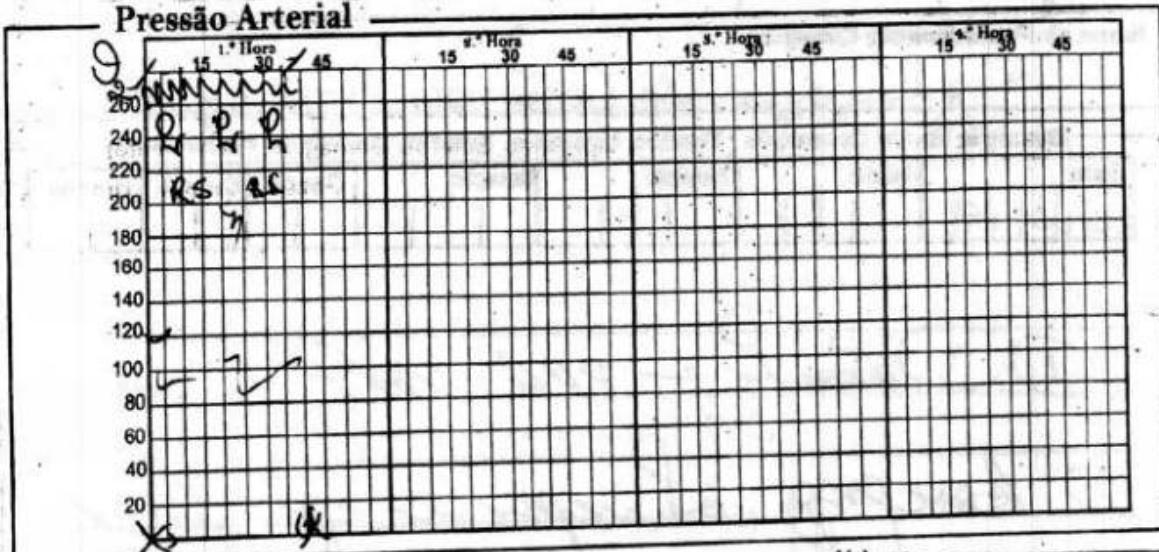
- 1) Detalhe e Dofa abertura
 - 2) Aspiração líquido e irrigação de sangue excessivo
 - 3) Visualização de osseos ópticos arredondados e desprendimento de tecido adiposo
 - 4) Ressecção da repleção de óstio de epitélio parietal se coligas do sacro e fundo de poço e lento varicosa
 - 5) Fechamento
 - 6) Sutura periférica
- | | |
|---|--|
| <p><i>COMPRA
CORDEIRO</i></p> <p>COMPRA VITÓRIA CORDEIRO</p> <p>06 JAN 2021</p> <p>1º Auxiliar</p> <p>PROTOCOLO
AGÊNCIA SECEFE</p> | <p><i>Dr. Yves Cordeiro Peixoto
Ortopedia, Traumatologia
CRMPE 18426</i></p> <p><i>Dr. Yves Cordeiro Peixoto
Ortopedia, Traumatologia
CRMPE 18426</i></p> <p>Cirurgião-Dentista Yves Cordeiro Peixoto
Ortopedia, Traumatologia
CRMPE 18426</p> |
|---|--|



Laudo de Cirurgia

Data	Início	Término	Duração
01-10-19	8:150	22:22	21:12

Pressão Arterial



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Ronque L3-L4	isoflurano	15ml
en los venitilios	etoflurano	10ml
moxifl	sevofl	5ml
	cesf	0.25
	spinal	0.2ml
	ketaf	100ml

Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações

— 1 —



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 <i>E.R.C.</i>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS) <i>709704000812690</i>		6 - SIS PRENATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - Nº DO PRONTUÁRIO
9 - NOME DO PACIENTE <i>XAVANE TAVARES RODRIGUES</i>		10 - DATA DE NASCIMENTO <i>08/11/2002</i>		11 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>GLENÉ RODRIGUES DOS SANTOS</i>		13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO, DDD		
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>ST 10 MATA LAGEM</i>		15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>FLORES</i>		16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
17 - UF		18 - CEP		
19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO <i>femele extenso e hílux da pt esquerdo Confira 10-583.920/0010-24</i>				
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/EXAMES REALIZADOS <i>Av. Manoel Vitorino, 570 PE 341 - CEP 56.800-000 Afonso Bezerra - PE</i>				
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>femele expõe ob hílux da pt</i>		22 - CID-10 PRINCIPAL <i>G592</i>		
23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS <i>femor vascular</i>		24 - CID-10 SECUNDÁRIO		25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Otorrinolaringologia</i>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0410101510121014</i>		
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO () CNS <i>41 CPF</i>	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>0111861912315812</i>	32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>José Luís Lopes da Costa</i>
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>21/09/19</i>		34 - ASSINATURA E CÂRIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CRM-PE 1222</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - 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 SEGURADO				
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		AUTORIZAÇÃO		
() CNS		46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() CPF		<i>261910495488-4</i>		
47 - DOCUMENTO () CNS		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <i>0111861912315812</i>		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>		50 - ASSINATURA E CÂRIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

FLORES

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
Fone:		SUS:	200.70400087-2690
End.:	st. Maternagem		
Responsável:	Giane (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:	P脉:	Temp.:	Peso:
Histórico e Exame Físico: Paciente caiu de acidente de moto. Caiu num poste de madeira qd E, bifando o fôrma profundo na metade traseira.				

Tratamento:	<p>① Fis Tavares - Dto PE 01547 ② NC abdu - (F) ③ Deltora - (F) ④ Cistostom 28 - (F)</p> <p>SENHA: 5783917 (emenda caneta)</p>
-------------	--

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
Dr. Thimóteo P. Félix Médico CRM/PE: 24878	

Médico - Carimbo e CRM:	
-------------------------	--



EXAME FÍSICO

Inspeção:

folha, hérnx separado
nenhuma com coluna

Palpação:

Auscultação de perfusão periférica

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta do hérnx
O (fr) o - Lesão vascular

Alta

Curado

Melhorando

Inalterado

Piorado

Óbito

Transferido para _____

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Óbito em _____

Motivo:

Hora _____

Decisão Médica _____

+ 48 Horas

Alta Pedida

- 48 Horas

Transferência

Indisciplina

Diagnóstico definido

Fratura exposta do hérnx (C)

Tratamento

Reabilitação de Cto de ombro

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Cópia 10.583.920/0010-24
HOSPITAL DO TRABALHADOR
Av. Manoel Viana, S/N - KM 01
RECIFE - PE 50.000-000
Advogados da Magistratura - PE

Data 02/10/15

Dr. André Pinto Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18428

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



AFOGADOS DA INGAZÉIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

Xyge Tonny Rodrigues

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- [] Afastar-se do trabalho por 90 (semana) 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:

Impressões frontais do
Nelux do pé esquerdo 8: DFOOL
descoligação metatarsofasea

Procedimento:

fixação cinto + curto

CID 10: S98.4

Afogados da Ingazeira 09 de 10 de 2019

Dr. André Pinto Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18468 RQE 5090



5. 209

ENF LETTO

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

Registro N° 96.140
Data 02/10/2019
Hora 8:10





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Num. 68311177 - Pág. 21

CÓDIGO DE CONTROLE
46FC.7904.4D18.B148

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

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)
digito verificador: 00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Num. 68311177 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Num. 68311177 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Num. 68311177 - Pág. 24

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PE		Nº 014958743860	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. HABITAC.	PLACA	EXERCICIO
1	967871425	EMLD3573	2019
NOME:			
MARIA APARECIDA TOME DA SILVA			
AFOGADOS DA INGAZÉIRA			
TIPO	PLACA		
039.626.194-36	EMLD3573		
PLACA ANTO/CPL	CHASSIS		
*****	9C2KC06106R103862		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL		
MOTOCICLETA	GLICO/ETNA		
MARCA/MODELO	ANO/FAB. /ANO MOD.		
HONDA/CG 150 TITAN X3	2008 / 2008		
CAP/POV/CIL	CATEGORIA	DOR PREDOMINANTE	
2P/1490CC	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC/COTAS	
IPVA 2013 QUITADO	1º *****		
FADA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º *****	
		3º *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) / IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
80.11	SEGURO OBRIGATÓRIO	01/01/19	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE PAGAMENTO DE FORTE OBRIGATÓRIO			
FAZENDO PRA TRANSFERÊNCIA			
Roberto Carlos Menezes Fontelles	DATA		
AFOGADOS DA INGAZÉIRA	20/10/19		
TRETER DIRETAMENTE NA TRASEIRA			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. - SEGURADO 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

EXERCICIO DATA EMISSÃO
AFOGADOS DA INGAZÉIRA 2019 20/10/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	039.626.194-36	EMLD3573
HABITAC.		MARCA / MODELO
967871425		HONDA/CG 150 TITAN X3
ANOTAC.	DATA	Nº CHASSIS
2008	09	9C2KC06106R103862

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO	DESENTRAL (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06
VALOR DO BILHETE (R\$)	10% (R\$)	
4.15	0.32	0.38
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO
		28/01/19
	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.508/0001-04

GUARDE O BILHETE DPVAT.
NUNCA PAGUE SEM PAGAR.

2019
10/10/19



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.

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 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Num. 68311177 - Pág. 27

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

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 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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:29:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117290730900000066999101>
Número do documento: 20092117290730900000066999101

Num. 68311177 - Pág. 28

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 - N° do sinistro ou ASI: 3200 | 3 - CPF da vítima: 40.390.994-60 | 4 - Nome completo da vítima: XAYANE TAUARES 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 TAUARES RODRIGUES		6 - CPF:	40.390.994-60		
7 - Profissão:	AGRICULTORA	8 - Endereço:	5.º 0 MATAO TA GEM	9 - Número:	911	
10 - Complemento:			11 - Bairro:	ZONA RURAL	12 - Cidade:	FLORES
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	56.850.000		15 - E-mail:	MJADELINEMARIZ.SA@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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3433 CONTA: 057-873

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da
firmada do
beneficiário
que assina

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 - 1º | Nome: _____ COMP. _____ PREVIDÊNCIA S/A

CPF: _____ 29 ABR 2020

Assinatura da testemunha

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

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

Xayane Tauares Rodrigues

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

