



25/09/2020

Número: **0030421-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA (AUTOR)	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68591 203	25/09/2020 15:24	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></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, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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: 01735/01736 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040868

Carta nº 14332318



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515240492500000067271020>  
Número do documento: 20092515240492500000067271020

Num. 68591203 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190264530 Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

**Data do Acidente: 23/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

ac 00219/00220 - carta 16 - [NVA] IDEZ

Carta n° 1511153



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251524049250000067271020>  
Número do documento: 2009251524049250000067271020

Núm. 68591203 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO)** CIRCUITO BRASILEIRO DE RENDIMENTO

Nome completo:  CPF:   
Profissão:  Número:   
Endereço:  Complemento:   
Bairro:  Cidade:   
Estado:  CEP:   
E-mail:  Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> Até R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$9.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA DÉCADA DE CONTA**

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

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

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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalides 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 invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 discordar do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vivos:  Falecidos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários os quais 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.

INFORMAÇÕES  
Assinado  
diagnóstico  
médico ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:   
Nome:   
CPF:

TESTEMUNHAS  
1º | Nome:   
CPF:   
Assinatura:

2º | Nome:   
Assinatura:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

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

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA			CPF:	
Profissão: DO LAR	Endereço: RUA LOURENCO DE SÁ		Número: 1046	Complemento:
Bairro: SOCORRO	Cidade: SABOATÃO DOS GUARARAPES	Estado: PE	CEP:	
E-mail: 81-98517-1903				

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 6029   CONTA: 0020597   4 (Informar o dígito se existir)	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.

### 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 de sequelas 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019

Seguradora S/A.

Av. Rio Branco, 15-17-19-21

Belo Horizonte - MG

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data, Recife, 11 de abril de 2019 Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
--	---

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Claudenir Leopoldina de Souza*

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

5.001 V001/2018



513228  
0119 208 119

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0096000601

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019** às **14:33**

Complemento o BO Número: **19E0096000551**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **23/7/2018** às **03:05**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOM CARLOS COELHO, 1 - Bairro: LOTEAMENTO 92 - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / JABOATÃO DOS GUARARAPES , VILA RICA.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA (OUTRO)  
CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a); MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA

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

**CLAUDEMIR LEOPOLDINA DE SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **ALDENIR CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA** Pai: **JOSE ALFREDO DE SOUZA** Data de Nascimento: **6/8/1966** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8745851/SDS/PE (RG), 13377005412 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **DO LAR**  
Endereço Residencial: **RUA LOURENÇO DE SA, 1046 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MIKAEL ANTONIO SANTOS DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCP0071** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



08 ABR. 2019

Complemento / Observação

Gerente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife / PE - CEP: 52011-000

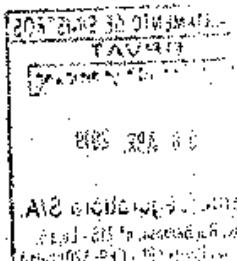
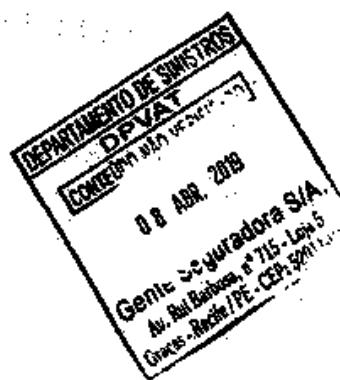


ANTONIO SANTOS DA SILVA, QUANDO O PILOTO O SR. MIGUEL ANTONIO SANTOS DA SILVA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO AO DERRAPAR NA VIA, CAUSANDO A QUEDA DA VÍTIMA, ONDE FOI SOCORRIDO PELO SAMU GERANDO OCORRÊNCIA Nº 9-505191, E LEVADA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS COM ATENDIMENTO DE N° 787606, EM SEGUINHA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE MORENO ONDE SUBMETEU-SE A CHURGIA NA TIBIA DIREITA.

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

*Claudenir Leopoldina de Souza*  
CLAUDEНИR LEOPOLDINA DE SOUZA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: GERALDO MOTTA DE ARROJO JUNIOR - Matrícula: 3847721





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO)** CIRCUITO SUSPENSO MAS VÁZIO

Nome completo:  CPF:   
Profissão:  Número:   
Endereço:  Complemento:   
Bairro:  Cidade:   
Estado:  CEP:   
E-mail:  Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> Até R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$9.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDEMNIZAÇÃO ASSINALE UMA DÉCADA DE CONTA**

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

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

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 indemnização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indemnização do Seguro DPVAT por invalides 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 indemnização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 discordar do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vivos:  Falecidos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indemnização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários os quais 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.

INFORMAÇÕES  
Assinado  
diagnóstico  
médico ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:   
Nome:   
CPF:

TESTEMUNHAS  
1º | Nome:   
CPF:   
Assinatura:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

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

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

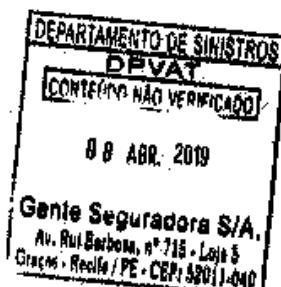
## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2187.000  
EM: 02.10.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA, RG: 8745851 – SDS/PE, CPF: 133.770.054-12**, consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S - 505191** do dia 23 de julho de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 03h 05 min vítima de queda de moto. O acidente aconteceu na Rua Dom Carlos Coelho enfrente ao Mercado Ponto Frio e Monza Gás - Vila Rica , Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, removida para Hospital Otávio de Freitas.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de novembro de 2018.

*Renato Mercuro Correia*  
Coord. de Enfermagem - SAMU 192  
COREN/PE 199/200 ENF.  
Jaboatão dos Guararapes - PE  
  
Coord. Geral-Samu/PMJG,  
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.







**Bradesco**

**Banco Bradesco S.A.**  
4160/Varejo - Prédio Vermelho - Térreo  
Cidade de Deus - Osasco - SP  
06029-900

**Mala Direta**

99123-12953/2014 - DRSPM  
**Bradesco**

Correios

## Aviso Importante!

AGENOR JOSE DA SILVA  
CALCITA,38,CASA 02  
NOSSA SENHORA DA CON  
53429-750 - PAULISTA - PE

MD\_ALERTA\_CONQ\_PORTABILIDADE\_CONSIG\_201809\_AT / 132.196

**FECHAMENTO AUTORIZADO - Pode ser aberto pela ECT**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

MENTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
DPVAT  
08 ABR. 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715, Loja 5  
Recife / PE - CEP: 52011-040



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515240492500000067271020>  
Número do documento: 20092515240492500000067271020

Num. 68591203 - Pág. 10



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

#### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação da sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASER/DOCORIGINAL.ASPX?ID=115700>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comumicação ao CNAE?

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e de pensionismo.

<sup>2</sup>Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas; receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas prestadas na Lei nº 9.623/98.

Pelo exposto, eu AGENOR JOSÉ DA SILVA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 31.453.704-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLAUDEMIR LEO POLBINA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.770.054 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLAUDEMIR LEO POLBINA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.770.054 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

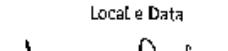
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

#### **\* Because Information**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência.

**ESTOU CIENTE DE QUE A FALSIDADE DO PRESENTE DOCUMENTO SERÁ PENA DE  
CINCO ANOS DE PRISÃO.**

Endereço		Número	Complemento
<u>A Cidade — RUA CALIFORNIA</u>		<u>38</u>	
Bairro <u>NOSSA SRA DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade	Estado	CEP
<u>Pau AMARELO</u>	<u>Paulista</u>	<u>PE</u>	<u>53429-750</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		
	Telefone celular (DDD)		
	<u>81-9853-1942</u>		

<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> <b>DPVAT</b> <b>NÃO VERIFICADO</b>	<b>Positista</b> <b>27</b> de <b>Marejo</b> <b>Local e Data</b>
<b>08 ABR 2019</b>	
<b>Assinatura do Declarante</b>	
<b>Agência Seguradora S/A</b> <b>Av. Rui Barbosa, nº 715, Loja 5</b> <b>Cachoeiro/PE - CEP: 52011-040</b>	



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MIKAIL ANTONIO SANTOS DA SILVA

RG nº 210412970705-MEX data de expedição / /  
Órgão MEX, portador do CPF nº 115 406 224-44, com  
domicílio na cidade de JABOTICABA no Estado de  
PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
4a TRAVESSA DA RUA ESGRANGA - VILA RICA nº 53,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima CLAUDENIR LEOPONINA DE SOUZA, cujo o condutor era  
MIKAIL ANTONIO SANTOS DA SILVA.

Veículo: HONDA

Modelo: CG ISO FAN

Ano: 2014 / 2015

Placa: PCP-0071

Chassi: QC2KC1C80FR556258

Data do Acidente: 23.07.2018

Local e Data: JABOTICABA 18/01/2019

  
Mikail Antônio Santos da Silva

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTARIA DO 1º DISTRITO  
Jaboatão dos Guararapes - PE  
Rua Alberto Barreto, 13 Centro - Fones: 3481-3939  
Reconhecido por autenticidade a firma indicada de  
MIKAIL ANTONIO SANTOS DA SILVA, lançada em minha  
presença. Dado em  
Jaboatão dos Guararapes, 18 de janeiro de 2019.

Fim deslizamento.  
Adriane Maria de Lima Santana (oficial)  
Valor total R\$ 4,79 da verdade  
Válido somente com o sello 0075861.00622201.02244

RECONHECIMENTO DE SINISTROS  
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
RECONECIMENTO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lote 5  
Maceió / PE - CEP: 52000-000

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Data Nasc.: 06/08/1996 Idade: 21 Sexo: FEMININO Cor: PÁRDA Religião:  
CPF: RG:  
Endereço: RUA DOUTOR LOURENÇO DE SA  
Bairro: SOCORRO Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES N°: 0  
CEP: 54170010 Fone: 658185102462 Celular: Profissão:  
Acompanhante:  
Nome da Mãe: ALDENI CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nome do Conjugue:  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 787605

Pontuário: 932861

2. ATENDIMENTO Data: 23/07/2018 04:07

Médico: MÉDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PA FC FR

Exame Físico:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dia:

Horário:

Data:



03 ABR 2019

23/07/18

de 2



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 28/08/2018 16:49

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável: ALDENI CLÁUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Salida: 02/08/2018 Hora: 13:06  
Matrícula:  
Identidade: 4401588  
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1616037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nascimento: 06/08/1998 (22 Anos)  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SÁ  
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010  
Cidade: 2607901 JABOTATÓ DOS GUARARAPES  
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 8745851 - SDS - PE  
Telefone: / 983561249  
G.Instrução:  
Ocupação: DESÉMPREGADA  
Naturalidade: JABOATAO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

AVALIAÇÃO (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 10852)

**RESUMO DE ALTA**

**HOSPITAL DE ORIGEM:** HOF  
**DATA DA ADMISSÃO:** 23/07/2018  
**DATA DA ALTA:** 02/08/2018

**HO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISE TIBIA DIR  
COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA**

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

**Ao exame:**

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);  
FO sem sinais flogísticos.

**CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.**

Hospital Memória - Recife - PE  
SAMS  
Serviço de Arquivo Medicina e Estatística  
Fone: (81) 3204-2013  
Av. Cláudia Campelo, 500 - Centro  
CEP: 52011-1840

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA  
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:44

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20 Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
Plano: SUS - ELETIVAS Matrícula:  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA Identidade: 4401586  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES C.N.S.: 898003456020021

Paciente: 1618037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA Sexo: FEMININO Cor: PARDÀ  
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos) Estado Civil: SOLTEIRO  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SÁ C.P.F.:  
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010 Identidade: 8745851 - SDS - PE  
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES Telefone: / 983561249  
País: JOSE ALFREDÔ DE SOUZA G.Instrução:  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA Ocupação: DESEMPREGADA  
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: JABOATÃO

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGÊNCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM-19952)

### FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA(S):	FRATURA DOS OSSOS DA Perna
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	NEGA
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	22/07/2018
TIPO DE TRAUMA:	REFEFE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	ESCÓRIAS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) SES ( <input type="checkbox"/> ) DEMANDA
EXAMES COM O PACIENTE:	
( <input type="checkbox"/> ) LABORATÓRIO ( <input type="checkbox"/> ) RNM / TAC ( <input checked="" type="checkbox"/> ) RADIOGRAFIAS	
CONDUTA NO INTERNAMENTO	
RX: ( <input type="checkbox"/> ) COXA ( <input type="checkbox"/> ) JOELHO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Perna ( <input type="checkbox"/> ) TORNOZELO ( <input type="checkbox"/> ) ANTEBRAÇO ( <input type="checkbox"/> ) COTOVelo ( <input type="checkbox"/> ) PUNHO	
TALA: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) COXOPODÁLICA ( <input type="checkbox"/> ) BOTA ( <input type="checkbox"/> ) AXIOLPALMAR	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO;	
( <input type="checkbox"/> ) PARECER CARDIOLÓGICO	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) PROFILAXIA TVP/TEP	

Hospital Beneficência Arminho Moura  
S.A.M.C.  
Serviço de Arquivo Móveis e Estatística  
Fone: (81) 3335-2013  
Av. Gleba Campista, 699 - Maceió - PE

Página 1 de 2



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
EMERGÊNCIA**



## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**Atendi**  
Nome: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Data Nasc.: 06/08/1986 Idade: 21 Sexo: FEMIN  
CPF: RG:  
Endereço: RUA DOUTOR LOURENCO DE SA.  
Bairro: SOCORRO Cidade: JABOAT  
CEP: 84170010 Fone: 558186182469  
Acompanhante:  
Nome da Mae: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nome do Conjugue:  
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 787505

Prontuário: 932861

Religion

Cor. PARDA

CHIS:898003455020021

102

Estado·PF

HOP  
Wallingford Main Nest  
13, 1978 N

ATENDIMENTO

Date: 23/07/2018 04:07

Médico: MÉDICO PLANTÓNISTA

Quelxa Principal (HDA)

### Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Dia: Provisório

### **Descrição**

Data

312

Diccionario

882

08 APR 2000

OPVAT

**Centro de Guitarras S/A**  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife/PE - CEP: 52011-040

185-07-18  
xxviii



# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

23/07/2018 04:14

	<b>Nome Paciente:</b>	CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA
	<b>Cód. Paciente:</b>	932861
	<b>Data de Nascimento:</b>	06/08/1996
	<b>Sexo:</b>	Feminino
	<b>Idade:</b>	21
	<b>Senha:</b>	FN0005
	<b>Convênio:</b>	2 - SUS - AMBULATORIO
	<b>Atendimento:</b>	787605



23/07/2018 04:14 - ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO - COREN: 79740 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDA PELÔ SAMU HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO.  
INFORMA QUE NÃO USAVA CAPACETE NO MOMENTO DO OCORRIDO. GLASCOW-15.  
TRAUMA EM MID. ESCORIAÇÕES EM FACE E EM MIE.  
NEGA HAS E/OU DM.  
NEGA ALÉRGIAS MEDICAMENTOSAS.

Observação:

Fluxograma-sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 6

Acólito do paciente: ANDREA CLAUDIA ALMEIDA DE MELO

DEPARTAMENTO DE CONSULTA - 04:14  
DPVAT

Documento não verificado

08 ABR. 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife/PE - CEP: 52011-040

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



## ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

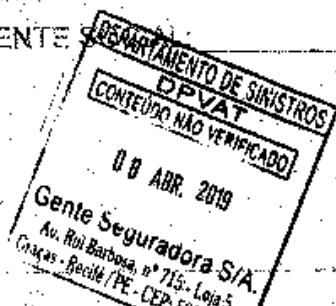
ROT. 13.4-01.V1

SETOR	DATA				
NOME	Cláudia da Silva Souza	NAME SOCIAL			
IDADE	22	DATA DE NASCIMENTO	06/08/96	ESTADO CIVL	SOLTEIRO
FILIAÇÃO	Alfredo da Silva e Aldeirinha da Silva Souza				
ENDEREÇO	Rua Engenheiro Antônio 046, Serraria, Pernambuco				
PONTO DE REFERÊNCIA					
TELEFONES	48356-1240				
ENTREVISTADO	Adriano Cláudia Souza	PARENTESCO	Connorte		
DOCUMENTOS POSSUI( )	NÃO POSSUI( )	APRESENTADOS	CPF PSN SDS PE		

1º A PENDIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> READMITIDO	<input type="checkbox"/> ROCEDÊNCIA						
ACOMPANHANTE		PARENTESCO						
TABAGISMO	SIM( )	NÃO( )	ETÍLICOS	SIM( )	NÃO( )	ABANDONO( )		
OUTRAS DROGAS	SIM( )	NÃO( )	ABANDONO( )					
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL	SIM( )	NÃO( )	QUAIS					
COBERTURA DE PSF	SIM( )	NÃO( )	QUAIS					
PROFISSÃO		ESCOLARIDADE	2º Grau - Concluído					
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	SIM( )	NÃO( )	OUTROS					
COMPOSIÇÃO FAMILIAR								
APOIO FAMILIAR	SIM( )	NÃO( )	SEGUIMENTO PREVIDENCIÁRIO	<input type="checkbox"/>	ASSISTENCIAL	<input type="checkbox"/>	NÃO RECEBE	<input type="checkbox"/>
ALTA HOSPITALAR	SAIRÁ ACOMPANHADO	<input checked="" type="checkbox"/>	DESACOMPANHADO	<input type="checkbox"/>				
CONTATO C/MUNICÍPIO	<input type="checkbox"/>	RECURSOS PRÓPRIOS	<input checked="" type="checkbox"/>	CONTATO C/FAMÍLIA	<input checked="" type="checkbox"/>			

## OBSERVAÇÕES

União estável com jovem, 1º dia de casamento, 06/08/2020, com 22 anos, é casado com a jovem de 22 anos, ambos estão morando juntos em sua casa, no bairro Serraria, Pernambuco. Viveram juntos desde o dia 06/08/2020, quando realizaram o casamento civil.

ASSISTENTE  
043-HOF

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
ENFERMARIA DE ORTOPÉDIA  
RESIDÊNCIA EM ORTOPÉDIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2018

Sente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, 9.715 - Lapa  
Cidade/PE - CEP: 59010-000

REGISTRO: 932861 IDADE: ADMISSÃO:

MEDICAMENTO

1. Digoxin LIVRE  
2. DIPIRONA 01 AMP + AD. EY. 6/6H  
3. TRAMAL 50MG 1AMP + SF0.9% 15GML EY 8/8H (S/N) \_\_\_\_\_  
4. FICASH 01 AMP AD. FAZER OS MIL. 8/8H 5/IN  
5. SSVi+CCGG  
6. \_\_\_\_\_  
7. \_\_\_\_\_

AUDENIR L DE SOUZA



# Hospital Otávio de Freitas

Name: CLAUDENIR LOPOLINA DE SOUZA  
Sexo: FEMININO  
Nº: 892003455020021  
Endereço: RUA DOUTOR LOURENCO DE SA, N.º 000 - BAIRRO: SOCORRO - CIDADE: JABON ADO  
CEP: 52014-462 - Celular: 81-981144621

Idade: 21 Anos 1 Meses 17 Dias  
Conselho: SL. 85144621 - Celular: 81-981144621

Nasc.: 06/08/1996

Dados do Atendimento:	
Data/Hora Atend.	23/07/2018 04:00
Pontualidade	932861
Nº. Atendimento	Y87605
Serviço	ORTOPEDIA
Enfermaria/Leito:	
Médico:	MÉDICO PLANTONISTA

## Admissão

### Queixa Principal

TRAUMA EM PERNAS D

### História Clínica

ACIDENTE DE MOTO HÁ JSH COM TRAUMA EM PERNAS D. QUEIXA-SE DE DORES EM PERNAS D.

### Exame Físico

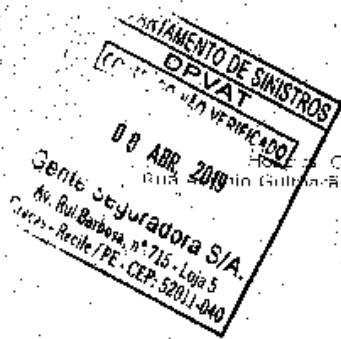
CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASCOW 15.  
EDEMA EM PERNAS DIREITA. ESCORTAÇÕES EM TOELLOS D E ESQUERDO.  
NEUROVASCULAR PRESERVADO.

### Observações

### Conduta

INTERVENÇÃO

CLÉTON EMERSON JOSÉ DA SILVA - CRM: Nº CRV/PE 25598



Hospital Otávio de Freitas - CNIS: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70  
RUA 25 DE MARÇO, 100 - CENTRO - RECIFE/PE CEP: 52011-040 Fone: (81) 3182-3500

**HOSPITAL ARMINDO MOURA**

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:49

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 18:20  
 Plano: SUS - ELETIVAS  
 Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
 Médico Resp. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
 Matrícula:  
 Identidade: 4401588  
 C.N.S.: 898003465020021

Paciente: 1516037 CLAUDÉNIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
 Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)  
 Endereço: RUA LOURENCO DE SA  
 Bairro: SOCÓRRO C.E.P.: 54170-010  
 Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES  
 Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
 Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PÁRDA  
 Estado Civil: SOLTERO  
 C.P.F.:  
 Identidade: 8745851 - SDS - PE  
 Telefone: / 983561249  
 G.Instrução:  
 Ocupação: DESEMPPREGADA  
 Naturalidade: JARQATAO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

AVALIAÇÃO (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 18552)

**RESUMO DE ALTA****HOSPITAL DE ORIGEM:** HOF

DATA DA ADMISSÃO: 23/07/2018

DATA DA ALTA: 02/08/218

**HQ: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISE TIBIA DIR  
COM HASTE INTRAMEULAR BLOQUEADA**

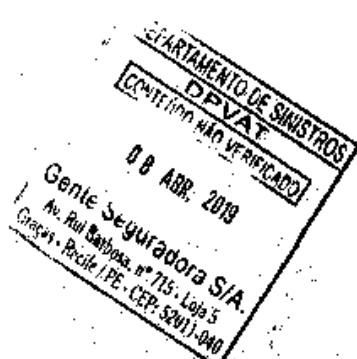
Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicás.

**Ao exame:**

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);  
 FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Hospital Memorial Armindo Moura  
 SAMU  
 Service de Arquivo Medicina Estatística  
 Fone: (81) 3591-57013  
 Av. Cidade Campestre, 5000 - Recife - PE



Página 1 de 1

**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 28/08/2018 16:44

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
Matrícula:  
Identidade: 4401586  
C.N.S.: 898003455020021.

Paciente: 1816037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nascimento: 06/08/1986 (22 Anos)  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SA  
Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010  
Cidade: 2607901 JABOTATÃO DOS GUARARAPES  
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 8745651 - SDS - PE  
Telefone: 7983561249  
G.Instrução:  
Ocupação: DESEMPREGADA  
Naturalidade: JABOTATÃO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

**CONSULTA NA URGÊNCIA** (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

**FICHA DE ADMISSÃO**

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):** FRATURA DOS OSSOS DA Perna.

**DOENÇAS DE BASE:** NEGA

**MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:** NEGA

**ORIGEM:** HOF

**DATA TRAUMA:** 27/07/2018.

**TIPO DE TRAUMA:** REFEFE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

**CONDIÇÕES DE PELE:** ESCORIAÇÕES

**\*ALERGIAS:** NEGA

**ENCAMINHAMENTO:** DR.

**TIPO DE ENCAMINHAMENTO:**  SES  DEMANDA

**EXAMES COM O PACIENTE:**

LABORATÓRIO  RNM / TAC  RADIGRAFIAS

**CONDUTA NO INTERNAMENTO**

RX:  COXA  JOELHO  Perna  TORNOZELO  ANTEBRAÇO  COTOVelo  PUNHO

TALA:  COXOPODÁLICA  BOTA  AXIOPALMAR

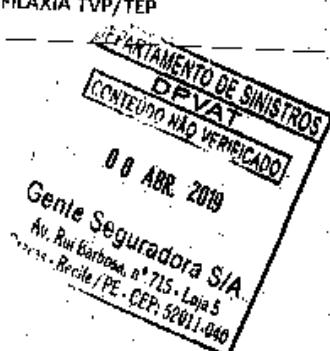
LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO:

PARECER CARDIOLÓGICO

PROFILAXIA TVP/TEP

Hospital Arminio Moura  
SAFEC  
Serviço de Arquivo Mídias e Estatística  
Pone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo, S/N  
Recife - PE

Página 1 de 2



## HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 28/08/2018 16:45

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20 Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
Paciente: SUS - ELETIVAS Matrícula:  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA Identidade: 4401586  
Médico Respo: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1616037 CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA Sexo: FEMININO Cor: PARDA  
 Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos) Estado Civil: SOLTEIRO  
 Endereço: RUA LOURENÇO DE SA C.P.F.:  
 Bairro: SOCORRO C.E.P.: 54170-010 Identidade: 8745851 - SDS - PE  
 Cidade: 2807901 JABOATÃO DOS GUARARAPES Telefone: / 983561249  
 País: JOSE ALFREDO DE SOUZA G.Instrução:  
 Mão: ALDENI CLAUDINA LECPOLDINA DE SOUZA Ocupação: DESEMPEGADA  
 Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: JABOATAO

## **ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

## **BESCHRÄNKTE GEORGIA**

**Equipe:**  
 Cirurgião: JUAREZ SEBASTIÁN LIMA E LIMA - CRM: 15595  
 Anestesiologista: DR. JULIO CÉSAR LOPEZ  
 Anestesia: (X) DIAFRAGMÁTICA / ( ) ARRIANA-SÍNUS  
 Instrumentador: ALVARO  
 Monitor: (X) ECG / ( ) CO<sub>2</sub> / ( ) SPO<sub>2</sub>  
**Fratura Diáfise Tibia**  
 (X) Direto - ( ) Esquerdo  
 (X) Fratura aberta  
 TTO CIR Fratura Tibia

• АВТОРСКАЯ ПОЛИТИКА

## TEHOPLASTNA PATELAR

**1) URGENTE**

**2) SEDATIVOS**

**3) HUVR**

**4) ANESTESIA LOCAL**

**5) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO**

**6) ASSEPSIA E CAMPOS, TENTONOMIA TRANSPATELAR LONGITUDINAL;**

**7) ACESSO ANTERIOR COM ABRIDOR DE LARÍO ANTERIOR DA TIBIA USANDO GUIA TIPO PINTO E SOG ESCÓPIA; ABDORAGEM DE CAVIDADE ARTICULAR COM SAÍDA DE LÍQUIDO SINOVIAL; NORMOCOMPÓSTO; LIMPEZA ARTICULAR E ACESSO AO CANAL MEDULAR COM FRESA RÍGIDA;**

**8) REDUÇÃO INCRUTADA E PASSAGEM DE FIO GUIA NÃO-OVILADO E FRESGAMENTE DO CANAL MEDULAR ATÉ 9MM;**

**9) APOSIÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR COM GABARITO USANDO-SE PESCADOR PARA BLOQUEIO DISTAL - 2 PARAFUSOS AUTOAMACHÁVEIS - E 1 PARAFUSO DINÂMICO PROXIMAL APÓS IMPAÇAMENTO DO FOCO FRATURÁRIO E TENOPLASTIA PATELAR USANDO VICRYL 2-0 P/ LESÃO TRAUMÁTICA DE BORDOS DE TENTONOMIA LONGITUDINAL, RETIRADA CIRÚRGICA DE QUINTO MÉDIO TENDÃO PATELAR E FECHAMENTO COM MONONYLON 4.0 RESTABELECENDO APARELHO EXTENSOR;**

**10) LAVAGEM COM SODIO; SUTURAS;**

**11) CURATIVOS**

Hospital Meneveld S.A.S.  
Servicio de Archivo Medico e Estadistica  
Fone:(81) 3536-2013  
Calle 100 Col. Centro-N.L. 31000

Página 1 de 2



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 28/08/2018 16:46

Atendimento: 287137 Entrada: 23/07/2018 Hora: 16:20  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 02/08/2018 Hora: 13:06  
Matrícula:  
Identidade: 4401586  
C.N.S.: 898003455020021

Paciente: 1616037 CLAUDEMIR LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nascimento: 06/08/1996 (22 Anos)  
Endereço: RUA LOURENÇO DE SÁ  
Bairro: SOCORRO C.E.P: 54170-010  
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES  
Pai: JOSE ALFREDO DE SOUZA  
Mãe: ALDENI CLAUDINA LEOPOLDINA DE SOUZA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDAS  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 8745851 - SDS - PE  
Telefone: / 983561249  
G.Instrução:  
Ocupação: DESEMPOREGADA  
Naturalidade: JABOATAO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

AVALIAÇÃO (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1:SILVIO JOHNSON

Anestesista:ADRINA SIMOES

Instrumentador:

**Diagnóstico Pré-Operatório**

FERIDAS INFECTADAS EM JOELHO DIR. E COXA. ESQ.

**Cirurgia realizada**

DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO EM MID E MIE

**Diagnóstico Pos-Operatório**

O mesmo

**Acidentes**

Não houve

**Descrição**

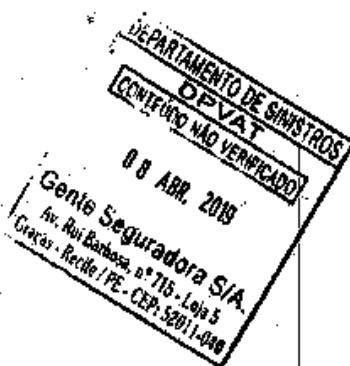
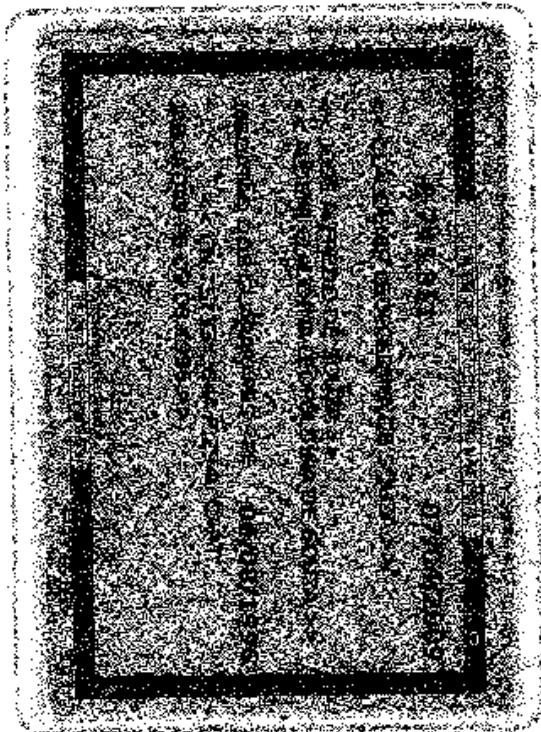
- 1.ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE E MID
- 2.REALIZADO DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO ELAVAGEM EXAUSTIVA COM SF
- 3.CURATIVO

**MATERIAL RISQUEADO**



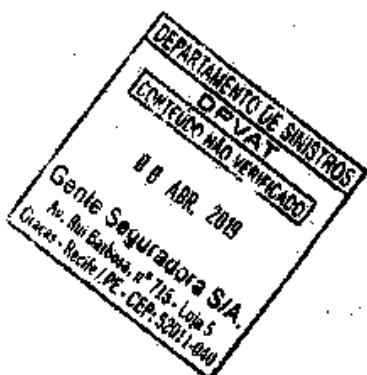
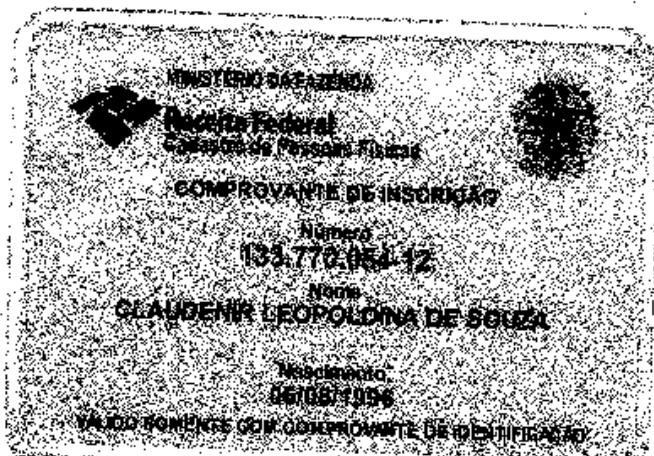
Hospital Arminio Moura  
SAÚDE  
Serviço de Atendimento ao Cliente e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo, 912 - Centro - PE

Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515240492500000067271020>  
Número do documento: 20092515240492500000067271020

Num. 68591203 - Pág. 25



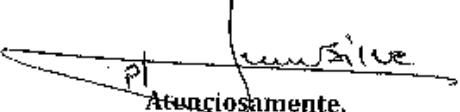
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515240492500000067271020>  
Número do documento: 20092515240492500000067271020

Num. 68591203 - Pág. 26

0119208719

Ilmº Sr. Diretor da Seguradora Lider, eu CLAUDEMIR LEOPOLDINA DE SOUZA, portadora do CPF de nº 133.770.054-12, venho com respeitosamente diante de V.Sº, para SOLICITAR PERÍCIA PRESENCIAL, referente ao sinistro de nº 3190264530, pelo fato da Seguradora ter efetuado o pagamento no valor de R\$ 2.362,50,00 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) valor este referente a 25%, do dano corporal sofrido, sem realização de pericia, porém SOLICITO pericia para que um médico possa dar o percentual justo.

Jaboatão dos Guararapes, 09 de maio de 2019.

  
Atenciosamente,

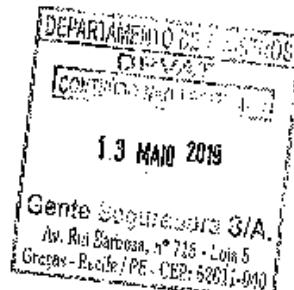
CLAUDEMIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Ao

Ilmº Sr.

Diretor da Seguradora Líder

NESTA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190264530      **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA    **Data do acidente:** 23/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR + 2 PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 11.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

**CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA**

brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, RG nº 8.345.851, CPF/MF sob  
nº 133.770.054-12, residente e domiciliado à rua

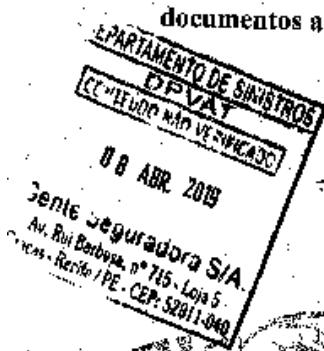
Rua LOURENCO DE SA, nº 104, bairro Socorro, na cidade de

PEMBA, estado PERNAMBUCO, inscrição  
permanente, outorgado no dia 23.07.2018.

**OUTORGADO:** AGENOR JOSÉ DA SILVA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF  
sob nº 311.453.704-97, com endereço profissional à rua Calcita, 38-Pau Amarelo, na  
cidade do Paulista, estado de Pernambuco.

**PODERES:** Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos,  
receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso  
ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos  
referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder  
DPVAT e a Susep, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e  
documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de  
Saúde(hospitais)Policlinicas, Upas, Samu e Corpo de Bombeiros.

**Obs:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e  
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Jahatoo, 10 de Setembro de 2018.

**Claudenir Leopoldina de Souza**

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Lei 10.106/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURA  
MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A OUTORGANTE  
E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTOGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES  
CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGUE FIRMA  
RECONHECIDA."



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119208/19

Número do Sinistro: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

CPF: 133.770.054-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019  
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA  
CPF: 311.453.704-97

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

AGENOR JOSE DA SILVA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515240492500000067271020>  
Número do documento: 20092515240492500000067271020

Num. 68591203 - Pág. 30



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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190264530 Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

**Data do Acidente:** 23/07/2018      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA**

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° 14164276



01095/011086 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251524049250000067271020>  
Número do documento: 2009251524049250000067271020

Num. 68501203 Pág. 31



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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190264530

Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA**

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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. 00347/00348 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14166504



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:24:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515240492500000067271020>  
Número do documento: 20092515240492500000067271020

Num. 68591203 - Pág. 32



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 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190264530      Vítima: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/07/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CLAUDENIR LEOPOLDINA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000006029-1

Conta: 000000020597-4

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

