



Número: **0042793-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VANDA MOURA GONCALVES (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)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68593 082	25/09/2020 15:38	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152032

Vítima: VANDA MOURA GONCALVES

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15716406

Pag. 01985/01986 - carta_01 - INVALIDEZ

00010993





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, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152032 **Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES

Data do Acidente: 29/12/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01097/01098 - carta_02 - INVALIDEZ

00030549



Carta nº 15734021





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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152032

Vítima: VANDA MOURA GONCALVES

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros 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: **VANDA MOURA GONCALVES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000915**

Conta: **0000009573-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00737/00738 - carta_15R - INVALIDEZ





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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152032 **Vítima: VANDA MOURA GONCALVES**

Data do Acidente: 29/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01157/01158 - carta_02 - INVALIDEZ

00030579



Carta nº 15923068





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, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152032

Vítima: VANDA MOURA GONCALVES

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 168,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Complemento por reanálise 5%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%	
Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 =	R\$ 168,75

Recebedor: **VANDA MOURA GONCALVES**

Valor: **R\$ 168,75**

Banco: **104**

Agência: **000000915**

Conta: **0000009573-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01285/01286 - carta_30 - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152032 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDA MOURA GONCALVES **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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: **261.105.518-13** 4 - Nome completo da vítima: **VANDA MOURA GONÇALVES**

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

5 - Nome completo: **VANDA MOURA GONÇALVES** 6 - CPF: **261.105.518-13**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **ALDEIA PONTA DA VARZEA** 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **BUIQUE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56520-000**
15 - E-mail: **ADVMARTAANDRADE@BOL.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **(87) 9.9939-8605**

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR 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)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0915 CONTA: 9573 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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: _____

MORTE

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (s) (a) (s)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: **COMPREV**
CPF: _____ **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**
Assinatura de quem assina a pedido: **18.FEV.2020**
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____ **PROTOCOLO**
Assinatura de quem assina a pedido: **AGÊNCIA RECIFE**

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, **BUIQUE-PE 29 DE JANEIRO 2020**

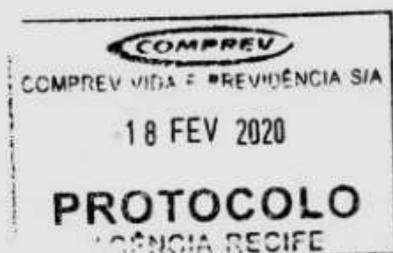
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Vanda Moura Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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: **261.105.518-13** 4 - Nome completo da vítima: **VANDA MOURA GONÇALVES**

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

5 - Nome completo: **VANDA MOURA GONÇALVES** 6 - CPF: **261.105.518-13**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **ALDEIA PONTA DA VARZEA** 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **BUIQUE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56520-000**
15 - E-mail: **ADVMARTAANDRADE@BOL.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **(87) 9.9939-8605**

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR 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)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0915 CONTA: 9573 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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: _____

MORTE

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (s) (a) (s)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NAO ALFABETIZADO

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: **COMPREV**
CPF: _____ **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**
Assinatura de _____ em _____ de _____ de 2020
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____ **PROTOCOLO**
Assinatura de _____ em _____ de _____ de 2020

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, **BUIQUE-PE 29 DE JANEIRO 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Vanda Moura Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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: 261.505.518-13 4 - Nome completo da vítima: VANUSA MOURA SOUZA

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

5 - Nome completo: VANUSA MOURA SOUZA 6 - CPF: 261.505.518-13
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: SÍTIO RIACHINHO 9 - Número: 592 10 - Complemento: V
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUIQUE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.520-000
15 - FIMEL: 11 16 - TEL(DDD): (81) 99996-7907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Preencha para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Preencha os campos)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0915 CONTA: 09573 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) 013 (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Relevo e arrombamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, recordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causadas 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BUIQUE 10 ABRIL 2020

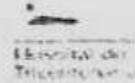
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Vanusa Moura Souza
42 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

FPS 001 V002/2019

45 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: Vander Moura Gonçalves Ficha nº: 09
 Data: 29/12/19
 Sexo: M Idade: 42 Cor: Pardo Hora: 08:43
 Data de nascimento: 30/11/76 Estado Civil: solteiro CPF:
 Profissão: Desenvolvedor Tel.: RG:
 Endereço: Av. Antônio Pinto de Vasconcelos CEP: 56530-000
 Bairro: Zona Rural Município: Recife Nº:
 Naturalidade: Recife PE CNS: 300308955555688
 Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()
 Filiação: Rayane Brito de Vasconcelos Tel.: 82733073
Márcia de Sousa, Vander Gonçalves
 Acompanhante: Resp. pelo preenchimento: Dr. YVES

MEIO DE TRANSPORTE
 Bombeiro () SAMU () Andando () Maca () Cadeira de rodas () Hospital ()
 Ambulância () Auto () Senha: UPA () PSF ()
 Moto () Outros: Outros ()
 PA: HGT: TEMP: FC: SATO2:
 FR: Peso: Alérgico:

Antecedentes Pessoais/Familiares:
 Uso de Medicamentos:
 Situação/Queixa Principal: FRONTINA EXPLODE EM MÃO

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
() Febre	() Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	() Vermelho
() Vômitos	() Confusão Mental	(x) Cirurgião	(x) Amarelo
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	() Ortopedista	() Verde
() Fadiga	() Taquicardia	() Pediatra	() Azul
() Cefaléia	() Paraestesia e/ou paralisia	() Serviço Social	
() Tontura	() Tosse	() Outros: <u></u>	Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>
() Convulsão	() Dor local		
() Desmaio	() Queixa urinária		
() Sangramento	() Outras Queixas: <u></u>		

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):
Wound Mute/Bleed. Relate queda.

2 - Hipótese Diagnóstica:
FR, ulceração, edematosa, escudo, Garagem II.
Alguns pontos, supuração, inchaço.
FR MUTE BOLD.
Distúrbio respiratório em M. K. 2.

3 - Exames Solicitados:

Assinatura e Identificação do Médico

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
 18 FEV 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDA MOURA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000000009573-3

Nr. da Autenticação DB1FB94AEB844693



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDA MOURA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000000009573-3

Nr. da Autenticação 962D780E5011A3C5



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

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



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

DADOS DO CLIENTE
VANDA MOURA GONCALVES
CPF: 261.105.518-13 NIS: 16619522255

DATA DE VENCIMENTO
13/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
05/03/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
05/03/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
099326771

CONTA CONTRATO
007023180051
Nº DO CLIENTE
2014988181
Nº DA INSTALAÇÃO
0006301467

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI RIACHINHO 192 -V
SITIO RIACHINHO/BUIQUE RURAL
56520-000 BUIQUE PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA INDÍGENA Monofásico

RESERVADO AO FISCO
DFB5.9E28.D17A.AF7C.B8F0.2269.5D87.B651

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 50 kWh	50,00		0,00
Consumo-TUSD superior a 50 até 100 kWh	50,00	0,23656498	11,82
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	74,00	0,35484747	26,25
Consumo-TE até 50 kWh	50,00		0,00
Consumo-TE superior a 50 até 100 kWh	50,00	0,21768107	10,88
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	74,00	0,32652161	24,16
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,25
ICMS_Subvenção Baixa Renda			3,69
Multa por atraso-NF 091535961 - 08/01/20			1,25
Juros por atraso-NF 091535961 - 08/01/20			0,57
Atualização IGPM-NF 091535961 - 08/01/20			0,26
TOTAL DA FATURA			95,13

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO	BASE DE CÁLCULO
%	%	%
VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
73,11	1,04	4,79
25,00	0,76	3,50
16,27		

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt. Reav	Valor
12/02/20	05/03/20	88,68

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em litigação judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 RDEE 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 50 kWh	0,00000000	MAR 20	174
Consumo-TUSD superior a 50 até 100 kWh	0,16343296	FEV 20	181
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,23544800	JAN 20	155
Consumo-TE até 50 kWh	0,00000000	DEZ 19	170
Consumo-TE superior a 50 até 100 kWh	0,15057060	NOV 19	149
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22080500	OUT 19	143
		SET 19	139
		AGO 19	174
		JUL 19	152
		JUN 19	139
		MAI 19	177
		ABR 19	148
		MAR 19	164

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
geração de Energia	33,85 32,52
Transmissão	3,79 3,62
Distribuição (Celpe)	16,95 23,18
Encargos Setoriais	1,65 3,36
Tributos	22,53 30,82
Perdas de Energia	5,34 7,36
TOTAL	73,11 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSUMO (kWh)	PREÇO	VALOR (R\$)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000006316067260	CAT	05/02/2020	5.390,00	05/03/2020	5.584,00	29	1,00000	174,00	174,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
Jan/2020					
DIC-No de horas sem Energia		0,00	11,59	23,18	46,36
DIC-Idade sem Energia		0,00	7,59	15,18	30,36
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,39	0,00	0,00
DIGRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 38,34					
Toda Consumidora pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você: drogarias, supermercados, lojas de conveniência, supermercados I: Iupanatinga centro. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 65,09.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007023180051	03/2020	0,00	13/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO ALZADO DE BARRIOS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50055-002 CNPJ 10.835.832/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-9167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móvels

DADOS DO CLIENTE VIVIANE MOURA GONCALVES CPF: 261.193.513-12 WS: 18419522255

DATA DE VENCIMENTO 13/03/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/03/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 05/03/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 009326771

CONTA CONTRATO 007023180051 Nº DO CLIENTE 261488181 Nº DA INSTALAÇÃO 090231447

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI RACHINHO 182 -V SETO RACHINHOBUIQUE RURAL 5620-805 BUIQUE PE

CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA INDÍGENA Monofásico

RESERVADO AO FISCO DFB5.9E28.D17A.AF7C.B6F6.2269.5D87.B651

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Table with columns: DESCRIÇÃO, QUANTIDADE, PREÇO, VALOR (R\$). Rows include Consumo-TUOD até 50 kWh, Consumo-TUOD superior a 50 até 100 kWh, etc.

Table with columns: VENCIMENTO, VALOR, etc. Values: 13/03/2020, 0,00, 0,00

Esta commodity NÃO substitui tribos de outros produtores e NÃO contém tribos em discussão judicial. Caso o consumo de fornecimento parcelado por este ciclo de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo aplicar sanções conforme os critérios definidos no Art. 38 da ANEEL 414/2010. Podem ocorrer erros de cobrança. São custos envolvidos com registros de registros de crédito SPC e SERASA.

Table with columns: Tarifas Aplicadas, HISTÓRICO DO CONSUMO, COMPOSIÇÃO DO CONSUMO. Includes monthly consumption history and tariff breakdown.

Table with columns: INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS, ICMS, IPI, COFINS. Includes tax calculation details.

Table with columns: DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL. Includes consumption data for the current bill.

Table with columns: DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES. Includes interruption data and energy loss statistics.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES: Pegue no ponto mais perto de você! drogaria, farmácia, na volta de desastres naturais / ferreiros entre outras...

Table with columns: NÍVEL DE TENSÃO, TENSÃO NOMINAL (V), LIMITE DE VARIAÇÃO (V). Includes voltage level information.

Table with columns: CONTA CONTRATO, MÊS/ANO, TOTAL A PAGAR (R\$), VENCIMENTO, TALÃO DE PAGAMENTO. Includes contract and payment details.

FATURA PAGA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Gelfesson Monteiro de Santana

RG nº 9359353, data de expedição 08/12/2011

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 114.152.144-09

com domicílio na cidade de Buquique, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

do Sítio Boa Vista Fazenda, Zona Rural, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Vanda Moura Gonçalves, cujo o condutor era

Gelfesson Monteiro de Santana.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda / CG 160 Titan Ano: 2016

Placa: PDM 6635 Chassi: 9.C2Kc22106R044995

Data do Acidente: 29/12/2019

Local e Data: Buquique 30/01/2020

Gelfesson Monteiro de Santana

Assinatura do Declarante

Gelfesson Monteiro de Santana

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO
ÚNICO DA COMARCA DE
BUIQUE - PE

Travessa Tancredo Neves, 375 - Centro - Fone: (87) 3659-1147
Rua Sarmento Godinho - Tabuleiro Grande



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (uma(s)) de:

(1) GELFESSON MONTEIRO DE SANTANA

Doc. Fe. Buique, 30/01/2020

Em Testemunho

Hiago Marques de Oliveira Melo da verdade.

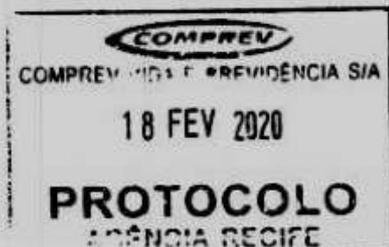
HIAGO MARQUES DE OLIVEIRA MELO - ESCRIVENTE

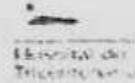
AUTORIZADO

Seio(s): 0150649.PV01262002.00184



Consulte a autenticidade em www.tpe.jus.br/autenticidade





FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: Vander Moura Gonçalves Ficha nº: 09
 Data: 29/12/19
 Sexo: M Idade: 42 Cor: Pardo Hora: 08:43
 Data de nascimento: 30/11/76 Estado Civil: solteiro CPF:
 Profissão: Desenvolvedor Tel.: _____ RG:
 Endereço: Av. João Pinheiro de Vasconcelos CEP: 56530-000
 Bairro: Zona Rural Município: Recife Nº
 Naturalidade: Recife PE CNS: 300308955555688
 Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()
 Filiação: Rafael Antônio de Vasconcelos Tel.: 82733073
Márcia de Vasconcelos
 Acompanhante: _____ Resp. pelo preenchimento: Dr. YVES

MEIO DE TRANSPORTE **ENCAMINHADO**
 Bombeiro () SAMU () Andando () Maca () Cadeira de rodas () Hospital ()
 Ambulância () Auto () Senha: _____ UPA () PSF ()
 Moto () Outros: _____ Outros ()
 PA: _____ HGT: _____ TEMP: _____ FC: _____ SATO2: _____
 FR: _____ Peso: _____ Alérgico: _____

Antecedentes Pessoais/Familiares:
 Uso de Medicamentos:

Situação/Queixa Principal: FRATURA EXPÔSITA DO MET

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
() Febre	() Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	() Vermelho
() Vômitos	() Confusão Mental	(x) Cirurgião	(x) Amarelo
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	() Ortopedista	() Verde
() Fadiga	() Taquicardia	() Pediatra	() Azul
() Cefaléia	() Paraestesia e/ou paralisia	() Serviço Social	
() Tontura	() Tosse	() Outros: _____	Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>
() Convulsão	() Dor local		
() Desmaio	() Queixa urinária		
() Sangramento	() Outras Queixas: _____		

DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA

1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):
Wound Meta/Baixa. Deleta grande.

2 - Hipótese Diagnóstica:
FR. exposta, aberta do crânio, Garagem II.
Alta chance de infecção, meningite.
FR. MET. BETA.
Deleta exposta em M. BETA.

3 - Exames Solicitados:

Assinatura e Identificação do Médico

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
 18 FEV 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE





Hospital Regional Rui de Barros Correia
VI GERES

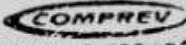
Av. Agamenon Magalhães, s/n - Centro
Arcoverde/PE - Fone 87 3821 8300
email: regional.arcoverde@saude.pe.gov.br
CNPJ: 09.794.975/0132-72 - CNES 2551764

Arcoverde Pernambuco

HOSPITAL DE DESTINO:	H. R. Agente.		
SENHA DE REGULAÇÃO:	58483110		
MÉDICO REGULADOR:	Dra. Carolina		
DATA DA RESERVA:	29/12/19.	HORA DA RESERVA:	

Médico Assistente CRM

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:	Hospital Regional Rui de Barros - VI GERES		
UNIDADE DE DESTINO:	H R Agente.		
MUNICÍPIO:			
NOME DO PACIENTE:	Vanilda Moura Gonalves		
CPF	RG	DATA NASCIMENTO	SEXO
	33236047-3	12/Nov/1946.	Fem.
HISTÓRIA CLÍNICA			
Colisão Motocicleta/Veículo. Estado inconsciente, PA 100/60, sem sangramento ativo; Gargam 15; Sat 98AA			
Aparente lesão aberta tíbia e fíbula Dir; conf 3 radiografias.			
Conduta inicial:	Analgesia + Imobilização		
Exames realizados:	Radiografia (Distal) / Não disponível (superior)		
Diagnóstico Principal:	Fratura tíbia/fíbula Dir.		
Outros Diagnósticos:	Botulismo		
Motivo da Transferência:	Análise de Trauma ortopédico.		
Data da transferência:	29, 12, 19		
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A		Médico assistente CRM	
18 FEV 2020			
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE			

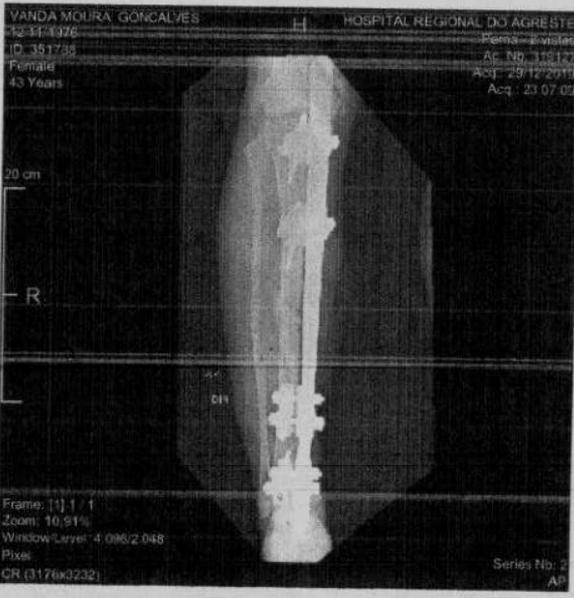
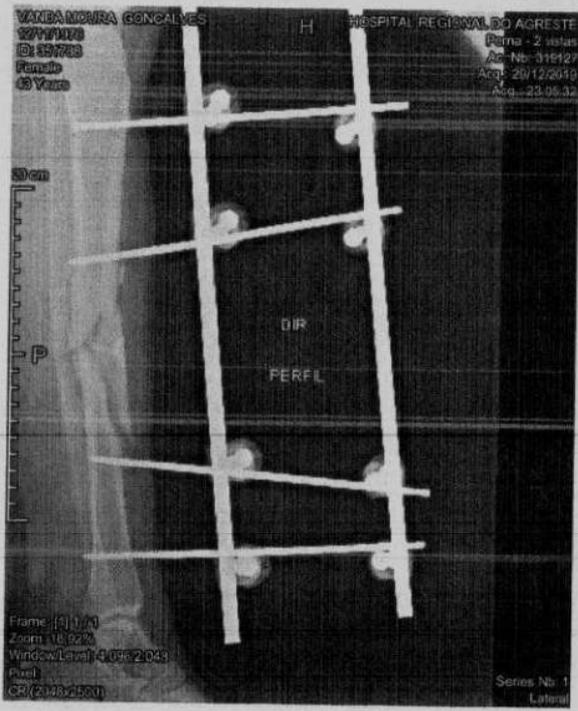


COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
18 FEV 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

2019122909 VANDA MOURA GONCALVES F
29.12.2019
HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS - HTRI



L05



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
18 FEV 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200081892 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDA MOURA GONCALVES **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 2_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5_EXAME DE IMAGEM.

NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO QUE, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, E APRESENTAR AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152032 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDA MOURA GONCALVES **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia e fíbula à direita.

Descrição do exame físico: Vítima com queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame: Deambula com auxílio de muletas, marcha claudicante, edema e redução da amplitude de movimento do tornozelo direito

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com fixador externo seguido de imobilização gessada por 60 dias e fisioterapia, da qual recebeu alta há 2 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau severo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 28/04/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066124/20

Número do Sinistro: 3200081892

Vítima: VANDA MOURA GONCALVES

CPF: 261.105.518-13

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: VANDA MOURA GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

VANDA MOURA GONCALVES : 261.105.518-13

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: 09/04/2020
Nome: VANDA MOURA GONCALVES
CPF: 261.105.518-13

VANDA MOURA GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2020
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo
CPF: 064.485.714-50

Manuella Trindade Pessoa de Araujo



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118364/20

Vítima: VANDA MOURA GONCALVES

CPF: 261.105.518-13

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: VANDA MOURA GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VANDA MOURA GONCALVES : 261.105.518-13

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: 20/04/2020
Nome: VANDA MOURA GONCALVES
CPF: 261.105.518-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

VANDA MOURA GONCALVES

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066124/20

Vítima: VANDA MOURA GONCALVES

CPF: 261.105.518-13

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: VANDA MOURA GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VANDA MOURA GONCALVES : 261.105.518-13

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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: VANDA MOURA GONCALVES
CPF: 261.105.518-13

VANDA MOURA GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152032 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDA MOURA GONCALVES **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia e fíbula à direita.

Descrição do exame físico: Vítima com queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame: Deambula com auxílio de muletas, marcha claudicante, edema e redução da amplitude de movimento do tornozelo direito

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com fixador externo seguido de imobilização gessada por 60 dias e fisioterapia, da qual recebeu alta há 2 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau severo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 28/04/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152032 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDA MOURA GONCALVES **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

