



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
68593082	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: INTERRUPTÃO 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





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: $1,25\% \times 13.500,00 =$ 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.

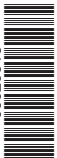
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01285/01286 - carta_30 - INVALIDEZ

00020643



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 DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ 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:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura de 18.FEV.2020

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura de AGÊNCIA RECIFE

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ 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:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34

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:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura de quem assina a pedido

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura de quem assina a pedido

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:



OAMS (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:

WANDA MOURA GONÇALVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

WANDA MOURA GONÇALVES

6 - CPF:

261.505.518-13

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

SÍTIO RIACHINHO

9 - Número:

192

10 - Complemento:

V

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BUIQUE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.520-000

15 - Fimel:

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

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Permite para os bancos abertos. Anote sem opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0915

CONTA: 09573

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir) 013 (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 e, se for o caso, o valor do crédito, quitando o 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 a prorrogação 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 autossuficientes, 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascitor)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BUIQUE 10 ABRIL 2020

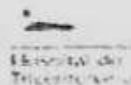
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019



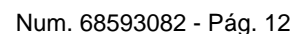


FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Nome: <u>Wanda Moura Gonçalves</u>		Ficha nº: <u>09</u>	
Sexo: <u>F</u>		Data: <u>29/12/19</u>	
Idade: <u>42</u>		Cor: <u>Parda</u>	
Data de nascimento: <u>30/11/76</u>		Estado Civil: <u>solteira</u>	
Profissão: <u>Desempregada</u>		CPF: <u></u>	
Endereço: <u>Av. João Pinheiro da Silva</u>		RG: <u></u>	
Bairro: <u>20ma Parada</u>		CEP: <u>56500-000</u>	
Naturalidade: <u>Belo Horizonte</u>		Município: <u>Belo Horizonte</u>	
Escolaridade: <u>Analfabeto</u>		CNS: <u>3003089555555555</u>	
Filiação: <u>Rogério Antônio de Almeida</u>		Tel: <u>82733073</u>	
Acompanhante: <u>Wanda Moura Gonçalves</u>		Resp. pelo preenchimento: <u>Wanda Moura Gonçalves</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO	
Bombeiro () SAMU ()		Hospital ()	
Ambulância () Auto ()		UPA () PSF ()	
Moto () Outros: <u></u>		Outros () <u></u>	
PA: <u></u>	HGT: <u></u>	TEMP: <u></u>	FC: <u></u>
FR: <u></u>	Peso: <u></u>	Alérgico: <u></u>	SATO2: <u></u>
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u></u>			
Uso de Medicamentos: <u></u>			
Situação/Queixa Principal: <u>Doença crônica por 1 ano</u>			
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	
() Febre () Dificuldade de Respirar		() Clínico Geral	
() Vômitos () Confusão Mental		() Cirurgião	
() Fraqueza () Distúrbios Visuais		() Ortopedista	
() Fadiga () Taquicardia		() Pediatra	
() Cefaléia () Paraestesia e/ou paralisia		() Serviço Social	
() Tontura () Tosse		() Outros: <u></u>	
() Convulsão () Dor local		Assinatura do Enfermeiro: <u></u>	
() Desmaio () Queixa urinária		Enter: <u></u>	
() Sangramento () Outras Queixas: <u></u>			
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA			
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA): <u>Doença crônica por 1 ano</u>			
<u>Doença crônica por 1 ano</u>			
<u>Doença crônica por 1 ano</u>			
2 - Hipótese Diagnóstica: <u>Doença crônica por 1 ano</u>			
<u>Doença crônica por 1 ano</u>			
<u>Doença crônica por 1 ano</u>			
3 - Exames Solicitados: <u></u>			
<u></u>			
<u></u>			

Assinatura e Identificação do Médico



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
10 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



06/04/2020

2a Via de Fatura

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



CELPE

www.celpe.com.br

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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI RIACHINHO 192 -V
SÍTIO RIACHINHO/BUIQUE RURAL
56520-000 BUIQUE PE

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

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

6006301467

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA INDÍGENA
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

DFB5.9E28.D17A.AF7C.B8F0.2269.5D87.B651

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

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Descrição	Valor
Geração de Energia	33,85
Transmissão	3,79
Distribuição (Celpe)	16,95
Encargos Setoriais	1,65
Tributos	32,53
Perdas de Energia	5,34
TOTAL	73,11

HISTÓRICO DO CONSUMO	
Mês	kWh
MAR 20	174
FEV 20	181
JAN 20	155
DEZ 19	170
NOV 19	149
OUT 19	143
SET 19	139
AGO 19	174
JUL 19	152
JUN 19	139
MAI 19	177
ABR 19	148
MAR 19	164

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº	CONSUMO
00000006316067260	CAT	05/02/2020 5.390,00	05/03/2020 5.584,00	29	1.000,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
-----------	----------	---------------	--------------	------------	-------------

09/03/2020

DIC-Nº de horas sem Energia 0,00 11,59 22,19 46,38

DIC-Nº de vezes sem Energia 0,00 7,59 15,19 30,38

DMIC-Duração máxima de interrupção contínua 0,00 6,39 0,00 0,00

DICRI-Duração de interrupção em dia crítico Limite DICRI: 16,60

EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 28,34

Todos Consumidores podem solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: drogarias, supermercados, lojas de conveniência, etc.
supermercados: I: Iuperatinga centroLista 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

1/1

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

COMPANHIA ENERGETICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOAO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.832/0001-08
INSCRICAO ESTADUAL 0005843-01



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 9142
 Ouvidoria 0900 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

YANIS MOURA GONCALVES
CPF: 281.193.513-12 RG: 16819522035

ENGENHEIRO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SETO RIACHINHOBUQUE RURAL
5635-206 BUAQUE PE

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

DATA DE VENCIMENTO
13/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
05/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

NUMERO LA RITA FISCALE

NÚMERO DA NOTA FISCAL
009336778

CONTA CONTRATO
007023180051

Nº DO CLIENTE
251488101

Nº DA INSTALAÇÃO
0002301467

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA INDÍGENA
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

DFB5.9E28.D17A.AF7C.B8F6.2268.5D87.B651

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TURBO até 90 kWh	80,00		8,00
Consumo-TURBO superior a 90 até 160 kWh	80,00	0,23664988	11,82
Consumo-TURBO superior a 160 até 230 kWh	74,35	0,35464747	26,35
Consumo-TE até 90 kWh	90,00		9,00
Consumo-TE superior a 90 até 120 kWh	83,00	0,21768187	10,88
Consumo-TE superior a 120 até 230 kWh	74,35	0,33852191	24,16
Cobrança Sup. Pádua Municipal			16,23
ICMS Subvenção Extra Renda			2,88
Multa por atraso-AF 091538901 - 09/01/05			1,33
Juros por atraso-AF 091538901 - 09/01/05			0,87
Avaliação INPM-AF 091538901 - 03/01/05			0,26
TOTAL DA FATURA			88,13

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIB		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
73,11	33,00	16,27	73,11	1,50	0,78

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Descrição de Energia	Porcentagem
Hidrotermal	2,76
Eólicas (Cofec)	75,30
Geração Retenida	1,86
Vitórias	12,21
Perdas de Energia	0,34
TOTAL	100,00

HISTÓRICO DO CONSUMO		
Mês	Ano	Consumo (kWh)
MAI	20	174
FEV	20	181
JAN	20	152
DEC	19	172
NOV	19	189
OCT	19	143
SET	19	128
AGO	18	172
JUL	18	174
JUN	18	128
MAR	18	177
ABR	18	146
MAR	18	164

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL

SCHEDULED PAY RECEIPTS	INSTR. NO. / PAYEE ID	DATE		AMOUNT		AP- RANK	CONSTANTS	A- RANK	COMING RANK
		DATE	AMOUNT	DATE	AMOUNT				
0000000210047726	CJT	05/02/2022	2,300.00	05/02/2022	2,300.00	05	1,00000	0.50	014.00

ISSN 0013-788X (print) / ISSN 1744-5019 (online)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CORRIGIDO	VALOR AJUSTADO	MTA BRESSA	MTA TBM	MTA ANULA
per 1000					
DIC de de horas sem Energia	0,00	14,00	25,19	48,20	
FE de de horas sem Energia	0,00	7,50	15,19	30,30	
DIC-Operação indutora de interferência contínua	0,00	0,50	0,00	0,00	
DIC-Operação de interferência em rede celular					
					Gravidade: 14,00
EURO-Valor de Energia de hora = R\$ 20,34					

Nota: O consumidor pode solicitar a suspensão das medições DSC, PSC, SMC e DSCD e a consequente suspensão da cobrança das tarifas de medição.

INFORMAZIONE IMPORTANTE

[illegible]

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

FATURA PAGA

AUTENTICACÃO 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, Gelferson 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)

na Sítio Boa Vista Fazenda, Zona Rural, nº _____

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

Vanda Moura Gonçalves, cujo o condutor era

Gelferson Monteiro de Santana

Veículo: motocicleta Modelo: Honda / CG 160 + HON Ano: 2016

Placa: PDM 6635 Chassi: 9.C2Kc22106R044995

Data do Acidente: 29/12/2019

Local e Data: Buquique 30/01/2020

Gelferson Monteiro de Santana

Assinatura do Declarante

Gelferson Monteiro de Santana

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO
ÚNICO DA COMARCA DE
BUQUIQUE - PE

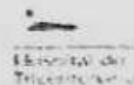
Travessa Tancredo Neves, 375 - Centro - Fone: (81) 3655-1147
Flávio Sacramento Godella - Tabelião Oficial

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (uma(s)) de:
(1) GELFESSON MONTEIRO DE SANTANA
Dou fe. Buquique, 30/01/2020
Em Testemunho
HIRAGO MARGUES DE OLIVEIRA MELO - ESCRIVENTE
AUTORIZADO
Seio(s): 0150649.PYU01262002.00184



Consulte a autenticidade em www.tje-pe.br/valida/



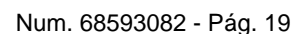


FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Nome: <u>Wanda Moura Gonçalves</u>		Ficha nº: <u>09</u>	
Sexo: <u>F</u>		Idade: <u>32/31/76</u>	
Data de nascimento: <u>32/31/76</u>		Estado Civil: <u>solteira</u>	
Profissão: <u>Assistente Social</u>		Tel.: <u>82733073</u>	
Endereço: <u>Av. ...</u>		CEP: <u>56500-000</u>	
Bairro: <u>20ma Parada</u>		Município: <u>Recife</u>	
Naturalidade: <u>Recife</u>		CNS: <u>3003089 5555 5889</u>	
Escolaridade: <u>Analfabeto</u>		1º Grau: <u>()</u> 2º Grau: <u>()</u> Superior: <u>()</u>	
Filiação: <u>Rogério Antônio de ...</u>		Tel.: <u>82733073</u>	
Acompanhante: <u>Wanda Moura Gonçalves</u>		Resp. pelo preenchimento: <u>Wanda Moura Gonçalves</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO	
Bombeiro () SAMU ()		Hospital ()	
Ambulância () Auto ()		UPA () PSF ()	
Moto () Outros: <u> </u>		Outros () <u> </u>	
PA: <u> </u>	HGT: <u> </u>	TEMP: <u> </u>	FC: <u> </u>
FR: <u> </u>	Peso: <u> </u>	Alérgico: <u> </u>	SATO2: <u> </u>
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u> </u>			
Uso de Medicamentos: <u> </u>			
Situação/Queixa Principal: <u>Exatidão ...</u>			
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS	
() Febre () Dificuldade de Respirar		() Clínico Geral	
() Vômitos () Confusão Mental		() Cirurgião	
() Fraqueza () Distúrbios Visuais		() Ortopedista	
() Fadiga () Taquicardia		() Pediatra	
() Cefaléia () Paraestesia e/ou paralisia		() Serviço Social	
() Tontura () Tosse		() Outros: <u> </u>	
() Convulsão () Dor local		Assinatura do Enfermeiro: <u> </u>	
() Desmaio () Queixa urinária		Enter: <u> </u>	
() Sangramento () Outras Queixas: <u> </u>			
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA			
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA): <u>Wanda Moura Gonçalves. Doença ...</u>			
2 - Hipótese Diagnóstica: <u>Exatidão ...</u>			
3 - Exames Solicitados: <u> </u>			

Assinatura e Identificação do Médico



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
10 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

HOSPITAL DE DESTINO:	H.R. Agente.
SENHA DE REGULAÇÃO:	58483110
MÉDICO REGULADOR:	Dra. Carolina
DATA DA RESERVA:	29/12/19.
HORA DA RESERVA:	17h

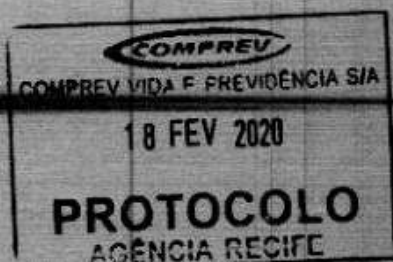
Médico Assistente CRM

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 Maria Gonçalves		
CPF	RG	DATA NASCIMENTO	SEXO
	33236045-3	12/Nov/1946	Fem
HISTÓRIA CLÍNICA			
Colisão Motocicleta/Veículo. Osteofr. bicondilarmente, PA 10x60, sem sangramento ativo; Gargam 15; Set 98AA.			
Aparente fratura exposta tíbia e fíbula Dir; conf. radiografia.			
Conduta inicial: Analgésico + Imobilização			
Exames realizados: Radiografia (Distal) / Não disponível (superior)!			
Diagnóstico Principal: Fratura tíbia/fíbula Dir.			
Outros Diagnósticos: Rotura			
Motivo da Transferência: Avaliação Traumatologista.			
Data da transferência:	29/12/19		
<div style="text-align: center;"> COMPREV VITA E PREVIDÊNCIA S/A 18 FEV 2020 PROTOCOLO AGÊNCIA RECEBE </div>			

Médico assistente CRM

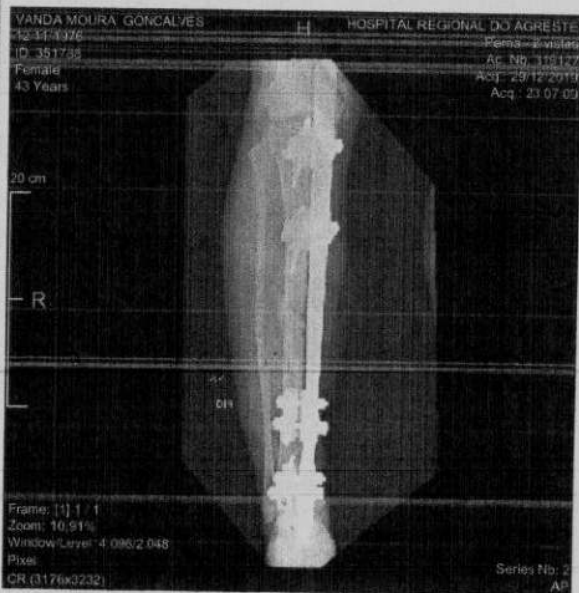
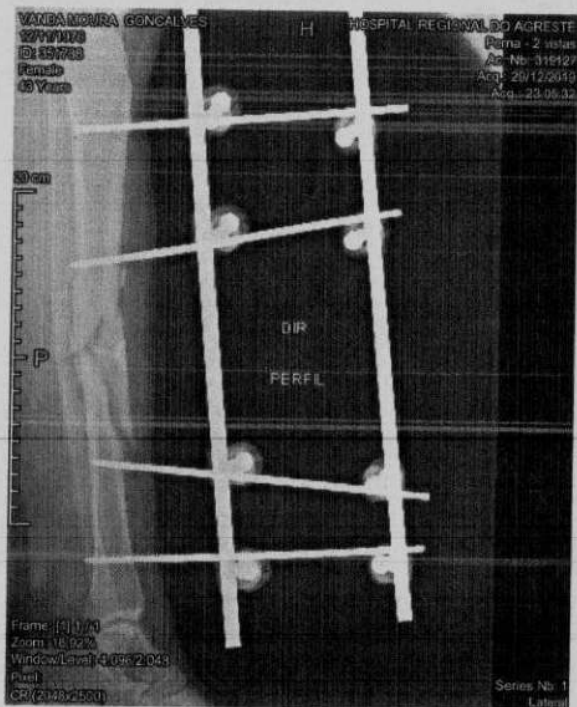




2019122909 VANDA MOURA GONCALVES F
29.12.2019
HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS - HTRI



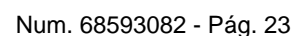
L05



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



COMPREV
COMPREV S/A FARMACIA S/A
18 FEV 2020
PROTOCOLO
AGENCIA REGISTRO



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANDA MOURA GONCALVES

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANDA MOURA GONCALVES

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANDA MOURA GONCALVES

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VANDA MOURA GONCALVES

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 - 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

