



Número: **0005238-73.2020.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**

Última distribuição : **10/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDREZA DA SILVA RODRIGUES (AUTOR)		PAULA TAYANNI NOGUEIRA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70124765	27/10/2020 09:39	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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438508

Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14610398

Pag. 01001/01002 - carta_01 - INVALIDEZ

00020941





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438508

Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVAUDEZ

Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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. 00201100202 - carta_02 - INVAUDEZ

00000101



Carta nº 1464316





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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190438508

Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000002296-9

Conta: 000001000146-3

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 retomar 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. 0106/01040 - carta_30 - INVALIDEZ

00020974



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190438508

Nome do(a) Examinado(a): ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Timbaúba, 130 - Petrolina/PE - CEP 56320-530

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 9088084 - SDS PE - 18/10/2010

Data e Local do Acidente : 09/02/2019 - Petrolina PE

Data e Local do Exame : 07/08/2019 CLINICA DR DO VALE - AV CORONEL HONORATO VIANA, 97 - PETROLINA/PE - CEP 56308-000

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da base do 2º metacarpo Direito

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento cirurgico com fio K 1,5mm. Alta hospitalar em 19/02/19.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Mão D: presença de cicatrizes na face dorsal da mão, com boa cicatrização, sem edema, trofismo muscular preservado, com discreta limitação no movimento de flexão do 2º quirodáctilo D em seu 1/3 distal, apresentando discreto déficit de força no movimento de preensão da mão quando comparado com o membro contra-lateral.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta discreta limitação no movimento de flexão do 2º Quirodáctilo direito associado a leve déficit de força no movimento de preensão da mão D, quando comparado com o membro contralateral.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal



permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

mão direita

% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Pericianda vem apresentando discreta limitação funcional, com diminuição da força na mão direita, associado a discreta limitação no movimento de flexão do 2 QDD.

ROSEMBERG DIAS DOS PASSOS CRM : 21710 / UF : PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 119.291.724-35 4 - Nome completo da vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES 6 - CPF: 119.291.724-35
7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA TIMBAÚBA 9 - Número: 130 10 - Complemento:
11 - Bairro: JOSÉ G. MARIA 12 - Cidade: PETROLINA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56300-000
15 - E-mail: robertosmarin@petrolina@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (81) 98344-2539

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (311)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2296 9 CONTA: 1000146 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 resíduo (valiosos)? ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019

11/04/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

3790 438508
536049
0246158118



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ª DESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0304000927

536049 Dom
3790438528
0246158119

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2019** às **12:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, FATO OCORRIDO NA BR-428 (PRÓXIMO A SERRA DA SANTA)** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
RONIVAN DE SOUZA SANTOS (OUTRO)
LUCIANO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ANDREZA DA SILVA RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RONIVAN DE SOUZA SANTOS**



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

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**
Pai: **SERGIO DE ARAUJO RODRIGUES** Data de Nascimento: **13/6/1995** Naturalidade: **SANTA MARIA DA BOA VISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9088084/SDS/PE (RG), 119.291.724-35 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
Escolaridade: **2ª, GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 87996383180

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA TRES MARIAS, 164 - CEP: 55000-000 - Bairro: JOSE E MARIA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RONIVAN DE SOUZA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDECI CARVALHO DE SOUZA SANTOS** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares:
- 87988613685

Endereço Residencial: **RUA TRES MARIAS, 164 - CEP: 55000-000 - Bairro: JOSE E MARIA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

LUCIANO FERREIRA DA SILVA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**



11/04/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RONIVAN DE SOUZA SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** . Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **KHR7818** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2MD3400ZR017850**

Ano Fabricação/Modelo: **2002/2002** Combustível: **GASOL/GNV**

Descrição: **HONDA/XR 250 TORNADO.**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A SRA. ANDREZA DA SILVA RODRIGUES, QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS SOFREU UM ACIDENTE MOTOCICLISTICO QUANDO TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO ACIMA CITADA, QUE ERA GUIADA PELO SEU ESPOSO RONIVAN DE SOUZA SANTOS, FATO OCORRIDO NA BR-428 NAS PROXIMIDADES DA SERRA DA SANTA, CONFORME CERTIDÃO Nº 037/2019 EXPEDIDA PELO SAMU, DATADA DE 22 DE FEVEREIRO DE 2019, TENDO SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 51415255, ASSINADO POR MICHELLA MENDES PEREIRA. NADA MAIS RELATOU.

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

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES
(VITIMA)

Andreza da Silva



B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: **3847667**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 119.291.724-35 4 - Nome completo da vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES 6 - CPF: 119.291.724-35
7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA TIMBAÚBA 9 - Número: 130 10 - Complemento:
11 - Bairro: JOSÉ G. MARIA 12 - Cidade: PETROLINA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56300-000
15 - E-mail: robertosmarin@petrolina@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (81) 98344-2539

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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\$1.000 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (111)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (101)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 22969 CONTA: 10001463 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 resíduo (valiosos)? ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019



PETROLINA



192

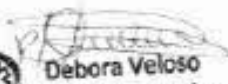
LAÍS CABRAL

Coordenadora Geral do SAMU

CERTIDÃO Nº 037/2019

Certificamos para os devidos fins que no dia 09 de Fevereiro de 2019 às 15:h:28 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a ANDREZA DA SILVA RODRIGUES Vitima de acidente Moto Ciclistico (Queda) na BR. 428, Próximo a Serra da Santa em Petrolina PE. Conforme ocorrência de Nº 1.282/2019. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ficando aos cuidados da Enf. NAIARA.

Petrolina-PE, 22 de Fevereiro de 2019


Debora Veloso
Assist. Administrativo
Samu Petrolina-PE
Debora Raquel Veloso



Resp. Estatística - SAMU



INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
 ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - N.º 111 - 00070 - CENTRO PETROLINA
 PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE
 ROSIVALDO DE SOUZA SANTOS MATRICULA 18751615 Abr/2019
 R. TINEALBA, N. 00110 - JOSE E MARIA PETROLINA PE 56300-000
 INSCRICAO: 111.840.342.0000 370 GRUPO: 11 DED. AUTOMATICO: 018751615

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE PESSOAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
MEMOROMETRO Y171092244	DATA LEIT. ANTERIOR 04/04/2019	DATA LEIT. ATUAL 06/05/2019	TIPO DE CONSUMO (AT) REAL / N MEDIDO

AGUA:
 LEIT. ANT.: 184 CONSUMO: 13
 LEIT. ATU.: 197
 LEIT. FAT.: 197
 ESGOTO:
 LEIT. ANT.: VOLUME: 13
 LEIT. ATU.:
 LEIT. FAT.:

HISTORICO DE CONSUMO
 REFERENCIA CONSUMO

03/2019	15	/15
02/2019	18	/18
01/2019	16	/16
12/2018	15	/15
11/2018	18	/18
10/2018	14	/14
MEDIA:	16	/16

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	130	130	129
COR APARENTE	130	130	127
CLORO RESIDUAL	130	130	130
COLIF. TOTALIS	130	130	127
E. COLI	130	130	130

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) CONIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARAMETROS CONIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	20 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	3 M3	14,22
ESGOTO 50,00% DO VALOR DE AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 20,65 POR UNIDADE	10 M3	20,65
11 M3 A 20 M3 - R\$ 2,37 POR M3	3 M3	7,11
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 05/2019		1,95

TRIBUTOS	RATEIO DE CÁLULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ms	83,28	1,65	1,37
Consumo	83,28	7,00	6,33

VENCIMENTO: 28/05/2019

TOTAL A PAGAR: 85,23

mensagem:

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 4 FATURAS PENDENTES, NO
 TOTAL DE R\$ 451,01. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
 TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 19 JUL 2019
 Genta Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

721000000000-1 552100-8111-0 01875161501

VENCIMENTO: 28/05/2019

TOTAL A PAGAR

compesa

ATENDIMENTO: 0800-0410150
 VOUCHER: 0800-0910183

MATRICULA

ou



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/06/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE RENDIMENTO ELÉTRICO
Companhia Saneamento de Pernambuco
Av. João de Barros, 171 - São Paulo, Recife - Pernambuco - CEP 53000-002
CNPJ 06.379.232/0001-00 - Insc. Est. 000665300 - www.celpe.com.br

1005 DO QUÍNTIL
LIMBERNIA CORRÊA SANCHES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. DA INTEGRALIDADE

UF RJ RJ 201 5800001-92
Recife do Recife 013529764
LAPSEAMENTO
D. COMERCIAL
COMERCIAL

MARIA FULVIA DUARTE PETROLINA
PETROLINA PE
5000-000

CONTA CONTRATO 1145213041 08/2019
DATA DE VENCIMENTO 13/08/2019 08/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 158,42

UF RJ	UF RJ	UF RJ
5800001-92	UNICA	08/08/2019
5800001-92	UF RJ	08/08/2019
5800001-92	UF RJ	08/08/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Consumo Residencial	175,0000000	0,70142879	123,85
Acrescimo Beneficiário			1,00
Contribuição para o Povoamento			19,55
ICMS Subemprego			0,70
ICMS Subemprego			0,60
Multa por atraso			1,80
Juros por atraso			0,50
Atualização INPC			0,94
TOTAL DA FATURA 158,42			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NOTA FISCAL							
UF RJ	UF RJ	UF RJ	UF RJ	UF RJ	UF RJ	UF RJ	UF RJ
5800001-92	5800001-92	5800001-92	5800001-92	5800001-92	5800001-92	5800001-92	5800001-92



INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Fatura emitida em nome do titular da conta de energia elétrica. O titular é responsável por pagar o valor devido e por manter a conta em dia. O não pagamento pode resultar em corte de energia e inscrição em dívida ativa.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
Se você possui outras contas em aberto, favor regularizá-las para evitar o corte de energia.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS			
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
5800001-92	0,00	0,00	0,00
5800001-92	0,00	0,00	0,00
5800001-92	0,00	0,00	0,00

CONTA CONTRATO 1145213041 08/2019
DATA DE VENCIMENTO 13/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 158,42
83800000001-7 58420011001-0 14521304110-0 14163034883-5

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ROBERTO SOARES DE AMORIM
CPF: 072188710-99
DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1972
ENDEREÇO: RUA DA INTEGRALIDADE, 171 - SÃO PAULO, RECIFE - PE
CEP: 53000-002

FOTO: [FOTO DO TITULAR]

ASSINATURA: [ASSINATURA DO TITULAR]

DATA DE EMISSÃO: 28/11/2021
VALIDADE: 05/08/1992

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUCIANO FERREIRA DA SILVA,

RG nº 48355264, data de expedição 19/08/1998

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 024.414.584-93, com

domicílio na cidade de PERNAMBUCO, no Estado de

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

RUA 2 - VILA MARCIA, nº 52,

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 ANDREZA DA SILVA RODRIGUES, cujo o condutor era

RONIVAN DE SOUZA SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HOUDA/XR 250/FORNAO

Ano: 2002

Placa: RHR7818/BA

Chassi: 9C2MD34002R017650

Data do Acidente: 09/02/2019 PETROLINA/PE - 11/04/2019

Local e Data:

Luciano Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

Ronivan de Souza Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

PRIMEIRA SERVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA

Reconheço por Autenticidade
a firma de LUCIANO FERREIRA DA SILVA Petrolina, 11/04/2019. Em
testemunho de Andrezza da Silva Rodrigues Alentejo Nicolas Anylen de Oliveira
doutor. Emol. 3,39. TSNR R\$ 0,80 PERC R\$
1,40 ISS 0,20 Total 4,79. Selo 0152566 RPOV021901 02648

Andrezza da Silva Rodrigues

1º SNP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

PRIMEIRA SERVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA

Reconheço por Autenticidade
a firma de RONIVAN DE SOUZA SANTOS Petrolina, 03/07/2019. Em
testemunho de Andrezza da Silva Rodrigues Alentejo Nicolas Anylen de Oliveira
doutor. Emol. 3,39. TSNR R\$ 0,80
PERC R\$ 0,40. FERM R\$ 0,03. FUNSEIO R\$ 0,07 ISS 0,20 Total
R\$ 4,91
Selo 0152566 BYH08201903 00043

Andrezza da Silva Rodrigues

1º SNP



Ficha de Atendimento - Emergência

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51415255

Paciente: ANDREZA DE SOUZA RODRIGUES

Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Endereço: TRÊS MARIAS, nº 164 - JOSÉ E MARIA / PETROLINA (PE)

CNS:

Doc. Identificação:

Telefone: (87) 988236263

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Ass. Saúde
R. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HUNAF / EISERH
06/06/1998
CPF: 219.200.000-00

ANAMNESE DO MÉDICO

09/02/19, 17:49. X C-6A

Acidente de moto
vinda de uma casa de madeira
de la pe D, mão D, 56 centos
centos.

Exame: ECG, Coração, pulm, sup,
abdom, febre

ACV. ROR 2 TC / BNF 5/5. FC: 98

AP: MV+ em AMT P/R. A FR: 16

ABD: plano, depress, nódulos, DBO

Ext: Fratura mão D, e pé D?

SVC: ECG: 15, pupilas iso-fotoreage-tes

no: 1 Politrauma

2 Trauma de pé e mão D

3 Rx Cervical AP/P, Rx Mão D AP

Rx pé D AP/perif, Rx pelv

Rx tórax AP

Rx Cervical AP/perif

4 Ketil. OLA + AD IV

5 Aos cuidados da ortopedia

6 Alta da cirurgia Geral

Dr. Christian Chagas
Cirurgião Geral
CRM-PE: 21271

Ass. Paciente:

Saida: / / Hora: :

Data de Impressão: 09/02/2019

Hora: 17:10

HU, preserve-o, ele também é seu.



Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome:	ANDRESSA DE SOUZA RODRIGUES	Chegada:	09/02/2019 17:56:11
Sexo:	FEMININO	Idade:	22
Transporte:	SAMU	Data de Nascimento:	06/06/1996

Classificação de Risco

Queixa Principal:	QUEDA DE MOTO, ESCORIAÇÕES REGIÃO TORACO-ABDOMINAL+DOR REGIÃO DE QUADRIL DIR+ FERIMENTO CORTO-CONTUSO+DEFORMIDADE ANTBRAÇO DIR+ ferimento tornozelo						
Fluxograma:	TRAUMA MAIOR			Discriminador: DOR MODERADA			
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		15
	Pulso	85	Ritmo:				Sat O2 (%): 96
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:	6	PA 100X60
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	☒	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Intorno:	CIRURGIÃO						
Classificador:	NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA		COREN / CRM:		247087 PE		Hora de Início CR: 09/02/2019 17:59:30 Hora de Fim CR: 09/02/2019 17:52:28

Reclassificação

Queixa Principal:							
Fluxograma:				Discriminado			
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		
	Pulso		Ritmo:				Sat O2 (%):
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:		PA
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	☐	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Intorno:							
Classificador:			COREN / CRM:				Hora de Início CR: _____ Hora de Fim CR: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Sociedade Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.º andar - PE

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEERH
SIAPE: 224.2962

HU - UNIVASF
CONFERE COM ORIGINAL
Data: 12/02/2019

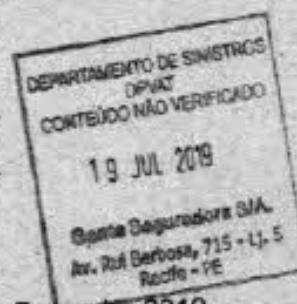




DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente **ANDREZA DA SILVA RODRIGUES** portador da Cédula de Identidade sob nº **9.088.084 SDS-PE** e, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº **119.291.724-35** Data de nascimento **113/06/1995** cujo nome da mãe é: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**, residente e domiciliado no **RUA TREIS MARIA, Nº 164 BAIRRO JOSÉ E MARIA PETROLINA - PE** que o documento Ficha de Atendimento do Hospital Universitário, em Petrolina com prontuário Nº **51415255**, onde está preenchido erroneamente, sendo que o correto, é como o descrito acima.

Por ser expressão fiel da verdade, firmo a presente declaração.



Petrolina, 26 de Fevereiro 2019.

Michel Mendes Pereira
Assessor Administrativo
HO UNIVASF / EBSEH



HU - UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
TRAUMATOLOGIA



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES		DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO		DATA CIRURGIA: 18/02/19
PROCEDIMENTO: FIXAÇÃO DO 2º METACARPO		INÍCIO:
		TÉRMINO:
Cirurgião: DRA INDIRA TONSHO	Anestesista: DR ALBERTO	
1º Aux:	2º Aux:	
Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL		
1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia; 2. Assepsia, antisepsia e Aposição de campos estéreis; 3. Abertura de FCC dorsal ao nível do 2º mtc, dissecação e hemostasia 4. Visualizado fratura na base do 2º MTC e tendões extensores integros 5. Fixação da fratura do 2º MTC com fio K 1,5mm 6. Sutura + Curativo estéril 7. IMOBILIZAÇÃO GESSADA + tipóia 8. RPA		
01 fio k 1,5mm		



Dra. Indira Kimeto A. Tonsho
Ortopedia e Traumatologia
Clínica da Mão
CRM-BA 29.600 CBO 3622.05.01

Assinatura e carimbo do médico





HOSPITAL DE ENSINO
Dr. Washington Antônio de Barros
Av. José de Sá Manicoba s/n Campus - Centro - Petrolina - PE

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

DATA DA ADMISSÃO: 09 / 02 / 2019

DATA DA ALTA: 19 / 02 / 2019

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: (CID -10: S62)

Fratura do 2º metacarpo direito

TRATAMENTO / EVOLUÇÃO:

Tratamento cirúrgico de fratura do 2º MTC (redução + fixação com fio K) no dia 18/02/19

ORIENTAÇÕES: (PONTOS, CURATIVOS E RESTRIÇÕES)
Não mexer na tala e nem no curativo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Conta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ENCAMINHAMENTO: (DOMICÍLIO, AMBULATÓRIO, POLICLÍNICA, PSF)
Retorno ambulatorial dia 07/03/19 às 07:00

PETROLINA, 19.02.2019

Dra. Indira Kinuyo A. Toncho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM-BA 29.500 CRM-PE 24.817



ANDREZA DA SILVA, SILVA, RODRIGUES, 13/06/1995: CR from 03/07/2019



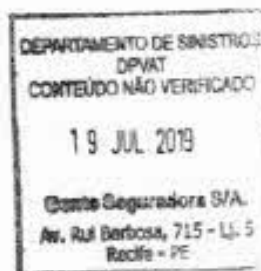


SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Um, 01, Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel: (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613-8889/3613-8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13.971.890/0001-20

RELATÓRIO MÉDICO

A Sr(a) **ANDREZA DA SILVA SILVA RODRIGUES** teve trauma em mão direita com fratura no dia 09/2/2019 onde apresentou fratura do 2º Metacarpo e lesão de partes moles. Submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese e fixação com fio de k atualmente apresenta consolidação da fratura e cicatrização de partes moles, porém paciente tem seqüela de déficit na flexão metacarpo falangeana em torno de 30% e dum déficit de força de preensão em torno de 50%.

Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO
CRM - CRM 14.424-BA
03/07/2019



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 9.088.084 DATA DE EMISSÃO 18/10/2010

NOME << ANDREZA DA SILVA RODRIGUES >>

PREVISÃO << SERGIO DE ARAUJO RODRIGUES >>
<< MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA >>

LOCALIDADE SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE DATA DE NASCIMENTO 13/06/1995

COD. ORGEM << CN.16511 L.15A F.92V SANTA MARIA DA BOA VISTA-PE 26.05.1995 >>

CN

ASSINATURA DO TITULAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TAREFAS DESE

05R-17

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
557A.03A2.6118.8138

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 13:21:17 do dia 10/03/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALOR NOMINTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento 13/06/1995

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Nome 119.291.724-35

Matrícula

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Primeira Via

Assinatura Autorizada

Dia e Noite

PLUS

VISA

Principais Características:

- Não apresenta o chip, mas possui o mesmo valor e validade.
- Não apresenta o chip, mas possui o mesmo valor e validade.
- Não apresenta o chip, mas possui o mesmo valor e validade.
- Não apresenta o chip, mas possui o mesmo valor e validade.

Validade: 09/2016 a 08/2017

Bradesco

PoupCard

4380 2296 1000 1460

09/20 2296 9 1000146 3 01 00

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

VISA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Gestor Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE





Toda Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/09/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE RENDIMENTO ELÉTRICO
Companhia Saneamento de Pernambuco
Av. João de Barros, 171 - São Paulo, Recife - Pernambuco - CEP 53000-002
CNPJ 06.370.222/0001-00 - Insc. Est. 000665300 - www.celpe.com.br

1005 DO QUÍNTIL
LIMBERNIA CORRÊA & ASSOCIADOS

ENDEREÇO DO USUÁRIO CONSUMIDOR
AV. DA INTEGRALIDADE

AV. J. J. ZILL 580/000-1-92
Recife do Recife 53052-910
LIMBERNIA CORRÊA & ASSOCIADOS
C. COMERCIAL
COMERCIAL

MARIA FULVIA DUARTE PETROLINA
PETROLINA PE
55000-000

CONTA CONTRATO 1145213041 08/2019
DATA DE VENCIMENTO 13/08/2019 08/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 156,42

IPSSA NOTAS FISCAL 5883 588340
5883047 UNICA 5883047
IPSSA NOTAS FISCAL 5883 588340
5883047 UNICA 5883047
IPSSA NOTAS FISCAL 5883 588340
5883047 UNICA 5883047

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo Residencial	175,0000000	0,70142879	123,85
Atividade Beneficiária			1,00
Contribuição para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica			19,55
ICMS Subemprego ICMS NF 454405011-1-02-14			0,70
ICMS Subemprego ICMS NF 05721547-0004-14			0,60
Multa por atraso NF 05721547-0004-14			1,80
Juros por atraso NF 05721547-0004-14			0,50
Atualização ICMS NF 05721547-0004-14			0,94

TOTAL DA FATURA 156,42

IPSSA	Tipo de Fatura	Anterior	Atual	IPSSA	Compartilhado	Ajuste	Compartilhado
1145213041	08/2019	1145213041	1145213041	1145213041	08/2019	0,00	156,42



ATENÇÃO: A CELPE informa que você possui contas em aberto. Para evitar o corte de energia, recomendamos que você pague suas contas em dia. Caso contrário, a CELPE poderá tomar as medidas necessárias para garantir o fornecimento de energia elétrica.

ATENÇÃO: A CELPE informa que você possui contas em aberto. Para evitar o corte de energia, recomendamos que você pague suas contas em dia. Caso contrário, a CELPE poderá tomar as medidas necessárias para garantir o fornecimento de energia elétrica.

CONTA CONTRATO	MESANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1145213041	08/2019	13/08/2019	156,42



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ROBERTO ROBERTO DE AMORIM
CPF: 072100710-99
DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1972
ENDEREÇO: AV. DA INTEGRALIDADE, 171 - SÃO PAULO, RECIFE - PERNAMBUCO - CEP 53000-002
CNPJ: 06.370.222/0001-00

VALOR EM TÊXTO: 1304920522

INSCRIÇÃO: sem observações

ASSINATURA: [Assinatura]

LOCAL: PETROLINA - PE
DATA: 28/11/2016

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438508

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Data do acidente: 09/02/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da base do 2º metacarpo Direito.**Descrição do exame** Mão D: presença de cicatrizes na face dorsal da mão, com boa cicatrização, sem edema, trofismo muscular físico: preservado, com discreta limitação no movimento de flexão do 2º quirodáctilo D em seu 1/3 distal, apresentando discreto déficit de força no movimento de preensão da mão quando comparado com o membro contra-lateral.**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com fio K 1,5 mm. Alta hospitalar em 19/02/19.**Sequelas permanentes:** Déficit funcional residual da mão direita.**Sequelas:** Com sequela**Data do exame físico:** 07/08/2019**Conduta mantida:****Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais da mão direita, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438508

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Data do acidente: 09/02/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da base do 2º metacarpo Direito.**Descrição do exame** Mão D: presença de cicatrizes na face dorsal da mão, com boa cicatrização, sem edema, trofismo muscular físico: preservado, com discreta limitação no movimento de flexão do 2º quirodáctilo D em seu 1/3 distal, apresentando discreto déficit de força no movimento de preensão da mão quando comparado com o membro contra-lateral.**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com fio K 1,5 mm. Alta hospitalar em 19/02/19.**Sequelas permanentes:** Déficit funcional residual da mão direita.**Sequelas:** Com sequela**Data do exame físico:** 07/08/2019**Conduta mantida:****Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais da mão direita, portanto mantemos a conduta do médico examinador.**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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438508 Cidade: Petrolina Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES Data do acidente: 09/02/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA. P.3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.5,7

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.9 / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190438508 Cidade: Petrolina Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES Data do acidente: 09/02/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA. P.3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.5,7

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.9 / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES
RG/CNH/CTPS: 9088.084-558/BA CPF: 119.291.724-35
End: RUA TIMBAÚBA - Nº 130 - JOSÉ E MARIA
PETROLINA / PE

Outorgado: ROBERTO SOARES DE AMORIM
RG/CNH/CTPS: 572100710 CPF: 008.155.164-95
End: AVENIDA DA INTEGRAÇÃO - Nº 808
MARIA AUXILIADORA - PETROLINA / PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima:

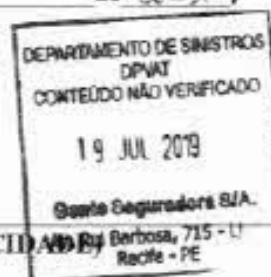
ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

PETROLINA / PE, 11 de ABRIL de 2019

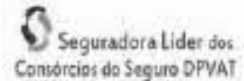


Andrezza da Silva Rodrigues

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246198/19
Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES
CPF: 119.291.724-35
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio
Data do acidente: 09/02/2019
Titular do CPF: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ROBERTO SOARES DE AMORIM : 008.155.164-95

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES : 119.291.724-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2019
Nome: ROBERTO SOARES DE AMORIM
CPF: 008.155.164-95

ROBERTO SOARES DE AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

