



Número: **0066310-53.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALINE GONCALVES SANTOS DE LIMA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
80125 865	07/05/2021 13:33	2774862_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00663105320208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALINE GONCALVES SANTOS DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoportoadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 13:33:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050713332837000000078471479>
Número do documento: 21050713332837000000078471479

Num. 80125865 - Pág. 1



Número: **0066310-53.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALINE GONCALVES SANTOS DE LIMA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
80125 866	07/05/2021 13:33	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, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200305555 **Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS**

Data do Acidente: 26/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE GONCALVES SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16070787

Pag. 00385/00386 - carta_01 - INVALIDEZ



00020193



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 13:33:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050713332847600000078471480>
Número do documento: 21050713332847600000078471480

Num. 80125866 - Pág. 1

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

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200305555 **Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS**

Data do Acidente: 26/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALINE GONCALVES SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALINE GONCALVES SANTOS

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **000008032-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200305555 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS **Data do acidente:** 26/05/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° de sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 066.576.964-42 4 - Nome completo da vítima: ALINE GONÇALVES SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo: ALINE GONÇALVES SANTOS 6 - CPF: 066.576.964-42
 7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: RUA ANTONIO GONÇALVES DE LIMA 9 - Número: 657 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: STA TEREZA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-070
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 18119.9161-3907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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:

REUSO 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\$5.060,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sufficiente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 8032 Dígito: 4

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: Dígito:

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reciboção 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 de 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 essa autorização não significa prévio concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (não Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Seu(a) 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 herdeiro (s) viúva/viúvo?: 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas 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 ao artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTACRUZ DO CAPIBARIBE, 14 DE AGOSTO DE 2020

Line Gonçalves Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS





BOAT
BOLETIM DE OCORRENCIA
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

VISTO

Nº DO BOAT

053 / 2020

Nº DA FOLHA

01

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

DATA 26/05/20	HORA 10:00	FASE DO DIA <input checked="" type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> NOITE	MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CABIBARIBE	UF PE
TIPO DE ACIDENTE		<input checked="" type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> ENGAVENTAMENTO <input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO DE PEDESTRE <input type="checkbox"/> COLISÃO TRANSVERSAL <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO DE ANIMAL <input type="checkbox"/> ABALROAMENTO LONGITUDINAL <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ABALROAMENTO TRANSVERSAL <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> TOMBAMENTO		
		SEVERIDADE DA VITIMA DO ACIDENTE	QUANTIDADE	QUANTIDADE DE VÍTIMAS
		<input type="checkbox"/> FATAL	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> CONDUTORES FERIDOS 01
		<input checked="" type="checkbox"/> FERIDO	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> CONDUTORES MORTOS 00
		<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> PASSAGEIROS FERIDOS 00
		QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS		
		<input type="checkbox"/> 1 COM DANOS <input type="checkbox"/> 0 SEM DANOS <input type="checkbox"/> 0 EVADIDOS		
		<input type="checkbox"/> 0 PASSAGEIROS MORTOS <input type="checkbox"/> 0 PEDESTRES FERIDOS <input type="checkbox"/> 0 PEDESTRES MORTOS		
		<input type="checkbox"/> 0 DIA DA SEMANA <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> SEGUNDA <input checked="" type="checkbox"/> TERÇA <input type="checkbox"/> QUARTA <input type="checkbox"/> QUINTA <input type="checkbox"/> SEXTA <input type="checkbox"/> SÁBADO		
JURISDIÇÃO DA VIA		PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL		
<input type="checkbox"/> ESTADUAL		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL		<input checked="" type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL		
QUADRO AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR				

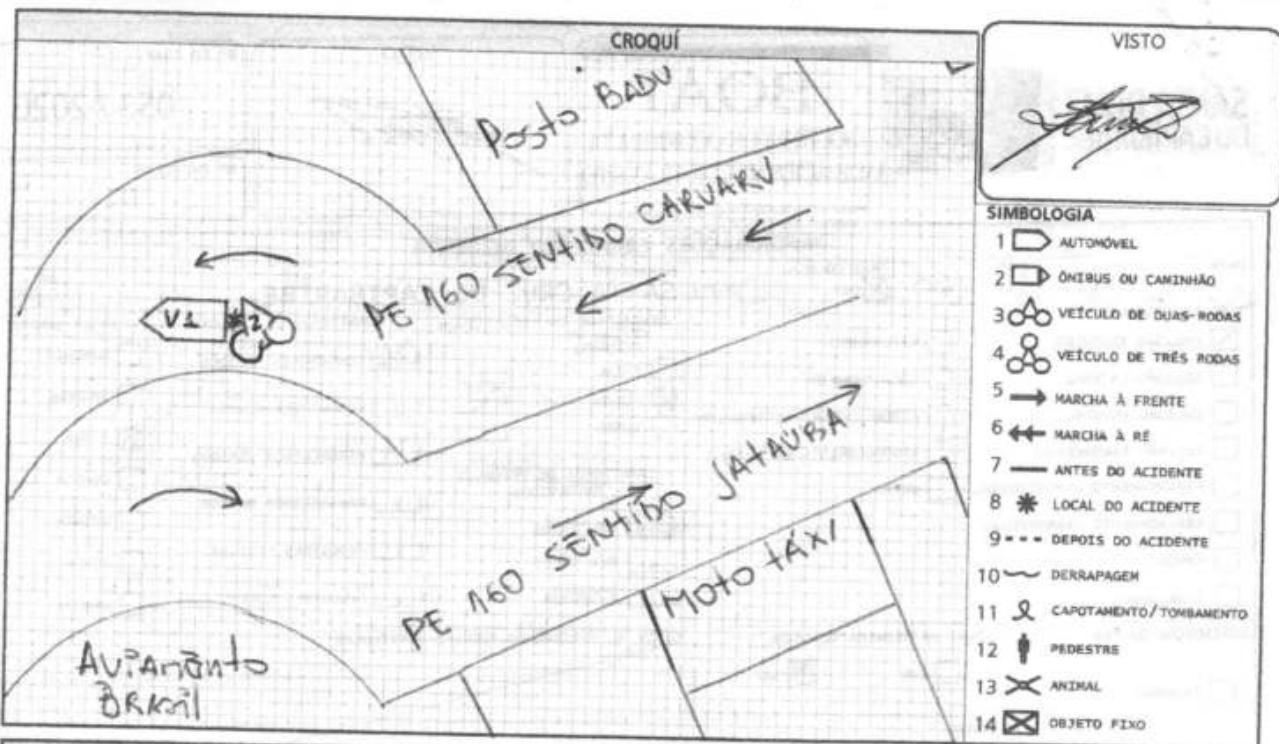
LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente na área demarcada)	VIA	IDENTIFICAÇÃO 48160	Nº 02 KM 17 METROS
	VIA	SENTO Tokitama	
	VIA	REFERÊNCIA Em frente ao Aumento Brasil	
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)	VIA	IDENTIFICAÇÃO	
	VIA	SENTO	Nº KM METROS
	VIA	REFERÊNCIA	
	VIA	IDENTIFICAÇÃO	
	VIA	SENTO	Nº KM METROS
	VIA	REFERÊNCIA	

VIA - MEIO AMBIENTE

SUPERFÍCIE DA PISTA	TIPO DE PAVIMENTO	CONDICÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA	CONDICÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SECA	<input checked="" type="checkbox"/> ASFALTO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOA
<input type="checkbox"/> MOLHADA	<input type="checkbox"/> CONCRETO	<input type="checkbox"/> INTERMITENTE	<input type="checkbox"/> RUIM
<input type="checkbox"/> OLEOSA	<input type="checkbox"/> PARALELÍPEDO	<input type="checkbox"/> COM DEFÍLITO	<input type="checkbox"/> INEXISTENTE
<input type="checkbox"/> INUNDADA	<input type="checkbox"/> CASCALHO	<input type="checkbox"/> DESLIGADO	<input checked="" type="checkbox"/> BOA
<input type="checkbox"/> ENLAMEADA	<input type="checkbox"/> TERRA	<input type="checkbox"/> INEXISTENTE	<input type="checkbox"/> RUIM
<input type="checkbox"/> OUTRA	<input type="checkbox"/> OUTRO		<input type="checkbox"/> INEXISTENTE
CONDICÃO DO TEMPO	SITUAÇÃO DA PISTA	PISTA EM OBRAS	VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA (km/h)
<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> BOA	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NEBLINA	<input type="checkbox"/> DANIFICADA		





NARRATIVA DO AGENTE

Segundo informações de uma das partes envolvidas o V2 usou em alta velocidade e não conseguiu evitar a colisão traseira onde o V1 sinalizava para direita da via que foi prejudicada por um cerro parado no acostamento.

TESTEMUNHA N° 01				
NAME	LUCAS 700515			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	TELEFONE ()
ENDEREÇO (BAIRRO)	ENDERECO (RUA, N°)			
	MUNICÍPIO			UF
IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF				

TESTEMUNHA N° 02				
NAME	DOUGLAS 700517			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	TELEFONE ()
ENDEREÇO (BAIRRO)	ENDERECO (RUA, N°)			
	MUNICÍPIO			UF
IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF				

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE E DA OCORRÊNCIA				
NAME DO AGENTE	Hamilton			
POSTO	VIATURA	OCORRÊNCIA	ASSINATURA	MATRÍCULA
Agente	3-10	033/2020	<i>[Signature]</i>	700525



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO

Porteira Traseira esquerda.



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Dirinha na porta da igreja aguardando os carros pararem para ir para frente da direita, fui parado se elas e na porta da igreja no sentido a portaria fui. Nao os carros não deixaram eu entrar estava com a seta ligada.

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº 1,1				
NAME				IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	TELEFONE ()	ENDERECO (RUA, N°)
ENDEREÇO (BAIRRO)				MUNICÍPIO
				UF

TESTEMUNHA Nº 1,2				
NAME				IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	TELEFONE ()	ENDERECO (RUA, N°)
ENDEREÇO (BAIRRO)				MUNICÍPIO
				UF





BOAT
BOLETIM DE OCORRÊNCIA
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

VISTO
[Signature]

Nº DO BOAT
053/2020
Nº DA FOLHA

NOME DO PROPRIETÁRIO <i>Teresinha Cinta Olívica</i>		VEÍCULO Nº 02	
ENDERÉCOS (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO) <i>Rua Mossoróanduza nº 10, Cs - Zona Rural</i>			
MUNICÍPIO <i>São Bento do Una</i>		MARCA <i>YAMAHA</i>	MODELO <i>Xtz 125K</i>
PLACA/UF <i>Kit-3889</i>		TIPO DE VEÍCULO	
<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> MICROÔNIBUS	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> TRATOR	AUTO DE INFRAÇÃO <i>53.867-8/53.866-0</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> TRAÇÃO ANIMAL	CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ES) <i>50.100/65.992</i>	
<input type="checkbox"/> CAMIONETA	<input type="checkbox"/> CARRETA	DIAGRAMA DE AVARIAS	
<input type="checkbox"/> CAMINHONETE	<input type="checkbox"/> CARGA	<i>[Diagram showing fault codes: FE, EC, FD, LE, LD, TE, TC, TD]</i>	LEGENDA
<input type="checkbox"/> ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> OUTRO	FE - FRONTAL ESQUERDO EC - EIXO CENTRAL FD - FRONTAL DIREITO LE - LATERAL ESQUERDO LD - LATERAL DIREITO TE - TRASEIRO ESQUERDO TC - TRASEIRO CENTRAL TD - TRASEIRO DIREITO	MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS
EXTENSÃO DA MARCA DE FRENAGEM (01)		ESTADO DOS PNEUS	
<input type="checkbox"/> BOM		<input checked="" type="checkbox"/> RUIM	
TELÉFONE			

CONDUTOR DO VEÍCULO N° 02			
NOME DO CONDUTOR <i>Erivaldo José da Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>02/11/1985</i>	
SEXO <input type="checkbox"/> M		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF <i>7080202 - SNS - PB</i>	
ENDERÉCOS (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO) <i>Rua Custos Moura nº 420 - B2 Penha</i>		TELÉFONE <i>(81) 99929-0885</i>	
MUNICÍPIO <i>Ribeirão</i>		UF <i>PE</i>	
HABILITAÇÃO		Nº DE REGISTRO	VALIDADE DA CNH
<input type="checkbox"/> CNH	<input type="checkbox"/> PERMISSÃO	<input type="checkbox"/> 1ª HABILITAÇÃO <i>/ /</i>	<input type="checkbox"/> EM DIA <input type="checkbox"/> VENCIDA
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO HABILITADO	<input type="checkbox"/> NÃO EXIGIVEL	USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO
<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRA	<input type="checkbox"/> NÃO APRESENTOU CNH	SITUAÇÃO DO CONDUTOR	ESTADO DO CONDUTOR
		<input type="checkbox"/> PERMANECIU NO LOCAL <input type="checkbox"/> ATENDEU À VÍTIMA <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRIDO	<input type="checkbox"/> MORTO <input checked="" type="checkbox"/> FERIDO <input type="checkbox"/> ILESO

PASSEILO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO N° 02			
NOME DO PASSEILO/PEDESTRE <i>Alpê Gonçalves Santos</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>21/04/1983</i>	
SEXO <input type="checkbox"/> M		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF <i>7.100 338</i>	
ENDERÉCOS (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO) <i>Rua Antônio Gonçalves de Lima - Rio Verde</i>		TELÉFONE <i>()</i>	
MUNICÍPIO <i>Santa Cruz do Capibaribe</i>		UF <i>PE</i>	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO		USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	
POSIÇÃO DO PASSEILO NO VEÍCULO		ESTADO DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> NA FRENTE <input checked="" type="checkbox"/> ATRÁS <input type="checkbox"/> EM PÉ		<input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	
		<input type="checkbox"/> MORTO <input checked="" type="checkbox"/> FERIDO <input type="checkbox"/> ILESO	

PASSEILO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO N° 1			
NOME DO PASSEILO/PEDESTRE		DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>	
SEXO <input type="checkbox"/> M		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF <i>()</i>	
ENDERÉCOS (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)		TELÉFONE <i>()</i>	
MUNICÍPIO		UF	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO		USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	
POSIÇÃO DO PASSEILO NO VEÍCULO		ESTADO DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> NA FRENTE <input type="checkbox"/> ATRÁS <input type="checkbox"/> EM PÉ		<input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	
		<input type="checkbox"/> MORTO <input checked="" type="checkbox"/> FERIDO <input type="checkbox"/> ILESO	



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº []

NAME	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, Nº)	
/ /	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F ()		
ENDEREÇO (BAIRRO)				MUNICÍPIO
				UF

TESTEMUNHA Nº []

NAME	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, Nº)	
/ /	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F ()		
ENDEREÇO (BAIRRO)				MUNICÍPIO
				UF





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° de sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 066.576.964-42 4 - Nome completo da vítima: ALINE GONÇALVES SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo: ALINE GONÇALVES SANTOS 6 - CPF: 066.576.964-42
 7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: RUA ANTONIO GONÇALVES DE LIMA 9 - Número: 657 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: STA TEREZA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-070
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 18119.9161-3907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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:

RECUZO 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\$5.060,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sufficiente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 8032 Dígito: 4

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: Dígito:

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reciboção 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 de 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 essa autorização não significa prévio concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (não Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Seu(a) 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 herdeiro (s) viúva/viúvo?: 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 devido, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTACRUZ DO CAPIBARIBE, 14 DE AGOSTO DE 2020

Line Gonçalves Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



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: 08/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALINE GONCALVES SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

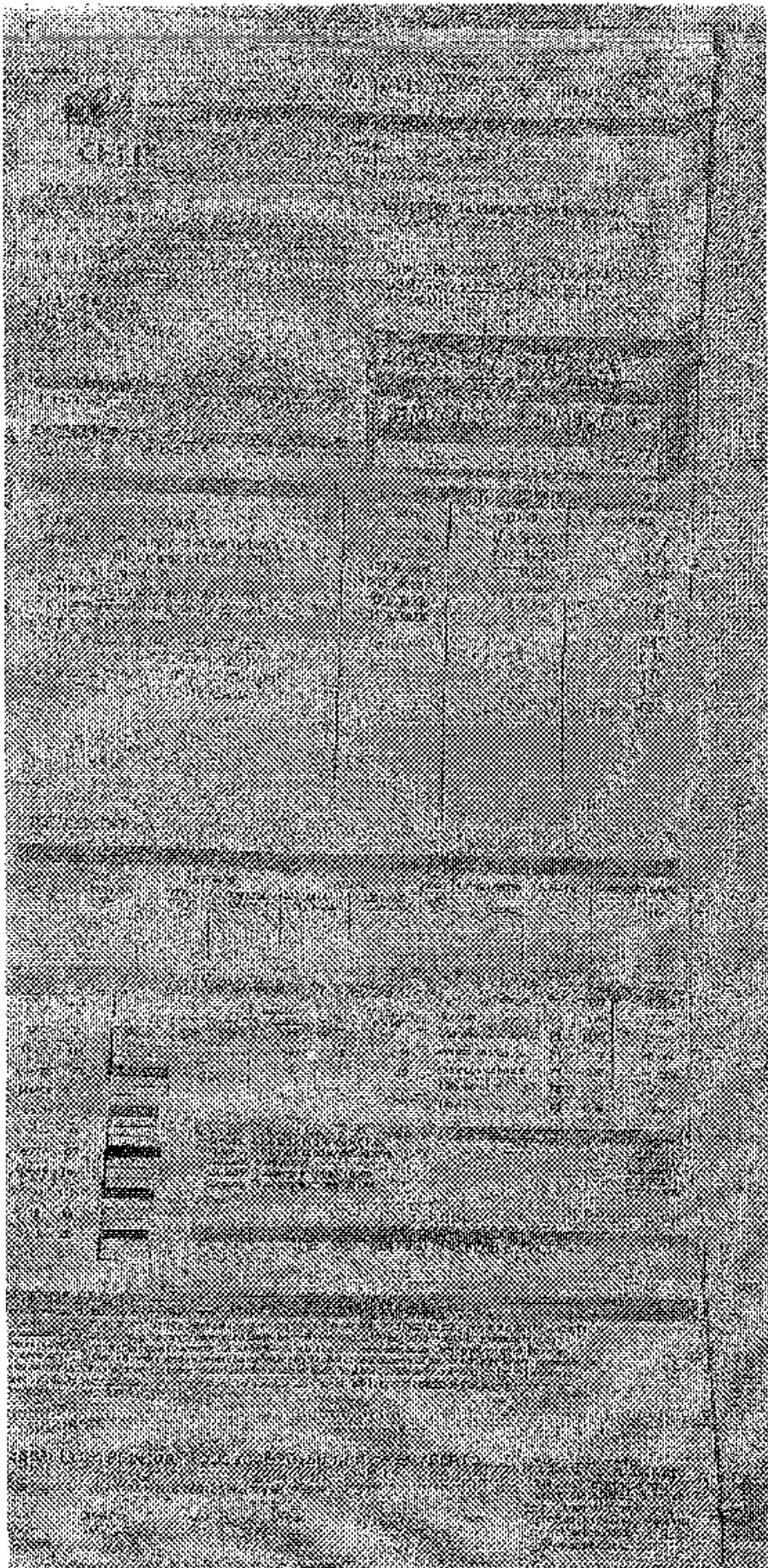
CONTA: 00000008032-4

Nr. da Autenticação 3E4B4C0C3B481456



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 13:33:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050713332847600000078471480>
Número do documento: 21050713332847600000078471480

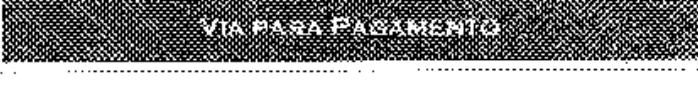
Num. 80125866 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 13:33:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050713332847600000078471480>
Número do documento: 21050713332847600000078471480

Num. 80125866 - Pág. 13

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP: 5005-900 CNPJ: 10.935.532/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 3205948-93		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.478, de 28/04/02 COMERCIAL: 146 PRONTIDÁC: 159 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281.0142 Ouvidoria: 0809 222.5593 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0809 727.0167- Ligação Grátis de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167- Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada- na sólida para telefones celulares		
DADOS DO CLIENTE ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES		DATA DE VENCIMENTO 14/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/04/2020	CONTA CONTRATO 7008475460
ENDERECO RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3 -CENTRO/SANTA CRUZ DO CABIBARIBE -55192-305 SANTA CRUZ DO CABIBARIBE PE -		TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/04/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 03/03/2020 a 06/04/2020		CONSUMO 36		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				
Destaque aqui				
CONTA CONTRATO 7008475460	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	VENCIMENTO 14/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838300000004 293100110072 008475460109 144919190039 				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

À recusa em fornecer as informações de **profissão** e **renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, ação, capitalização e reasseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALINE GONÇALVES SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o N° 066.576.964-42, de sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALINE GONÇALVES SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o N° 066.576.964-42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

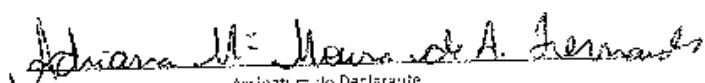
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Assuro cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Numero	Complemento
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA	03	CASA
BAIRRO: CENTRO	CEP:	55.192-306
Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	Estado: PE	
	Telefone comum (DDI)	Telefone celular (DDI)
	(81) 9.9161-3907	(81) 9.833-5022

SANTA CRUZ, 26 de Agosto de 2020
Local e Data



Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atendimento ao pedido da (a) Sr (a) ALINE GONÇALVES SANTOS , CPF:068.676.964-42, RG:710000568-SDS/PB que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID ~ 6116, REG- 28.257, no dia 26 de maio de 2020, às 09h e 27min, PE 160 ~ Meloquize, com queixa de colisão de carro com moto, tendo sido enviado pela UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB) que prestou atendimento à vítima no local, transportando-o para Hospital Municipal Raimundo Francisco Amorim 26h.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: aferição da equipe plantonista protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 DE JUNHO 2020

Maria Lenice C. da Silva

Coordenadora

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE - BASE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO
Av. Vinte e Nove de Duzembro, 767 - São Cristóvão
Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP: 56194-280
CNPJ: 11.196.516/0001-25 - Fone: 3705-1464

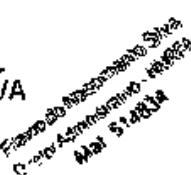
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE
www.sccpb.pe.gov.br



DECLARAÇÃO

DECLARO para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr(a). **ALINE GONÇALVES SANTOS**, nascido em 21/04/1983, esteve nesta unidade hospitalar no dia **26/05/2020**, por volta das **10h55M**, para atendimento médico de urgência, para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do (a) mesmo (a).

Santa Cruz do Capibaribe/PE, 25 de junho de 2020.


FLÁVIO DO NASCIMENTO SILVA
Diretor Administrativo - HMRFA

Flávio do Nascimento Silva
Diretor Administrativo - HMRFA
Mat. 5148

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 13:33:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050713332847600000078471480>
Número do documento: 21050713332847600000078471480

Num. 80125866 - Pág. 17



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR WALDOMIRO FERREIRA

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que se fizerem necessário que o Sr.(a) Aline Gonçalves dos Santos

Esteve Interno (a) neste Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2020 a 29/05/2020

Registro Hospitalar: 353968

Diagnóstico: Fratura de TNZ Direito + Ferimento em Joelho Direito.

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Vítima de Acidente de trânsito. CID: SS2.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

Avenida José Rodrigues de Jesus, nº 232 - Km 190 S/N Bairro Infanópolis Cachoeira-BA

cat#63-624-002

CNPI:10.572.048/0034-43 - Date: 2023-03-19 09:34:43



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Alice Gonçalves Góis

Prontuário: 358.968

Data: 26/05/2020 Hora: 15:08

DIAGNÓSTICO:

Fistula t/2 ② + Fenda palmar
+ Esomias

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. ambulatório em solos

TRATAMENTO REALIZADO:

Hospitalar
AB + Dexam + cálculo óxido de ferro
noj ferro óte ordeu m/árcia

Alta Hospitalar: Data: 29/05/2020 Hora:

14/07/20

DR. JOSÉ CARIMBO

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Digitalizado com CamScanner



HAT
HOSPITAL
ANTONIO TARGALO

LARDO MÉDICO

CIRUR. BUCO-MAXILOFACIAL

CIRURIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA CONVIRGAL

CIRURGIA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAFIA

ECOLOGRÁFIA

NEFROLOGIA

NEURODIRURGIA

ORTOPÉDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAYOX

RENT

TRAUMATOLÓGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIRETA

ANGIOPLASTIA

ENDOBRONCOSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAFIA

OMOGRAFIA UMP

UTIGRAFIA

Dr. Dalton Magalhães da Costa
CRM: 38558/03-1997
E-mail: 11.269
06-09-20

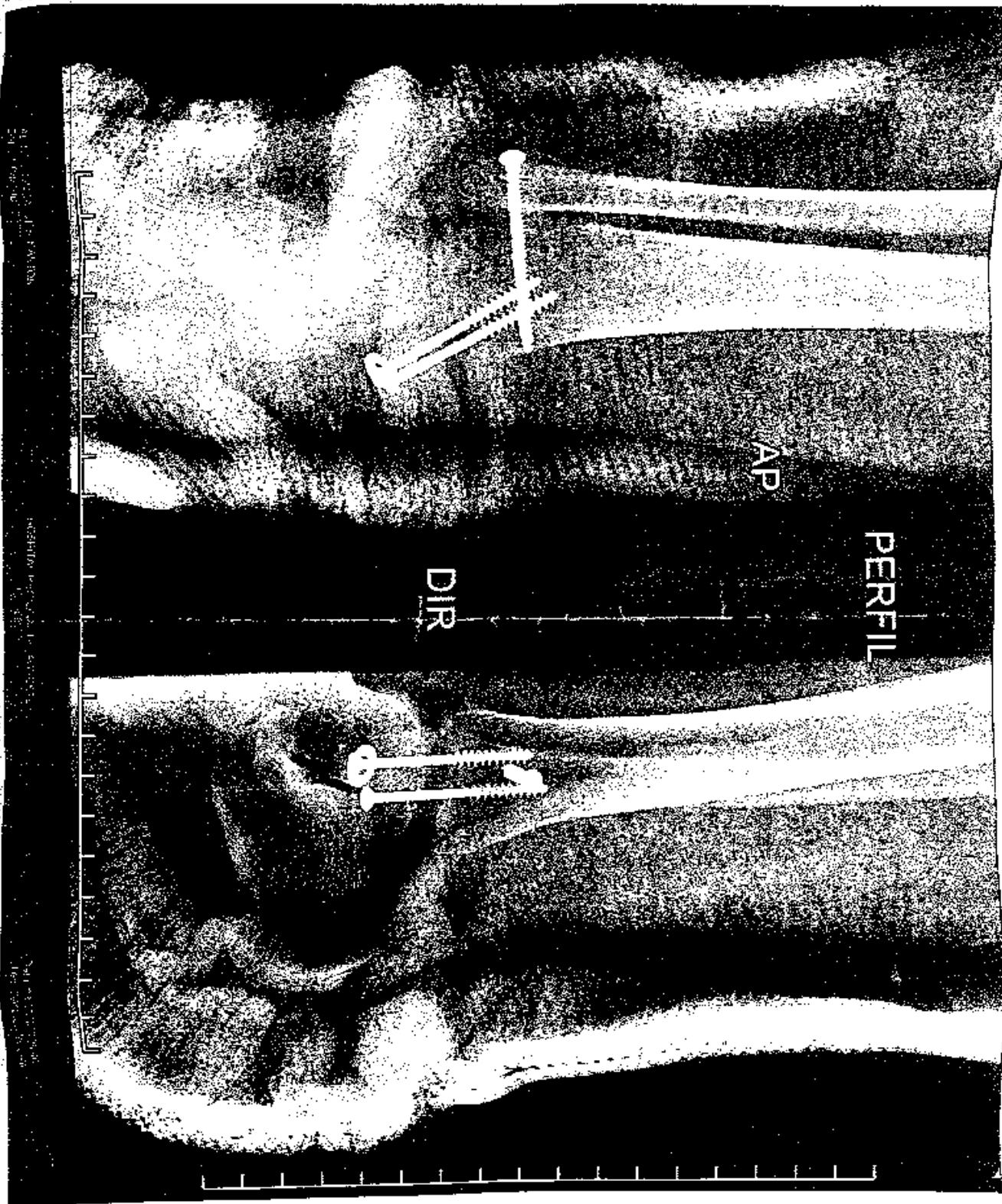
MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centro / Campina Grande / Paraíba
CEP: 58428-016 / Fone: (83) 2192.0101 / www.dlat.com.br



CEP: 55.000-000 - FONE: 31 3719-9362
BR 232 - KM 130 - INDIANOPOLIS - CEARÁ - PE



CENTRO DE MAGIA E ALQUIMIA
BOSQUES REGIONAL DO NORTE
RECIFINA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CÓDIGO DO ESTADO DE PERNAMBUCO



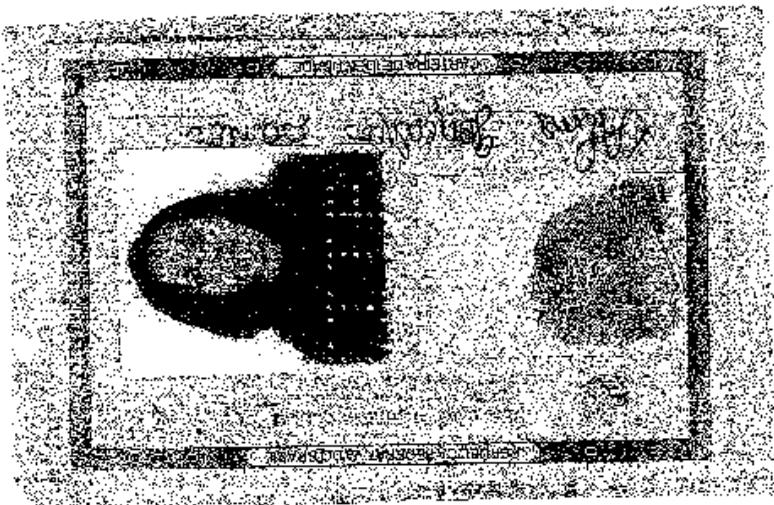
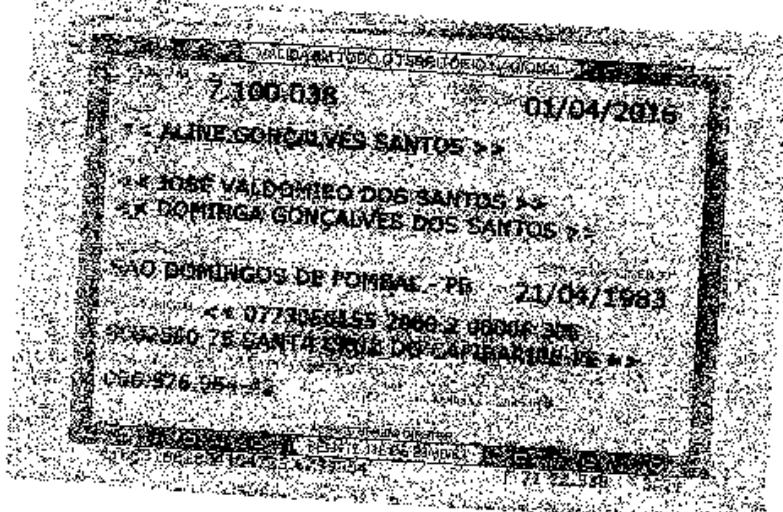
Digitizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 13:33:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050713332847600000078471480>
Número do documento: 21050713332847600000078471480

Num. 80125866 - Pág. 22





Informações sobre o veículo

Placa: KIT-3889

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/XTZ 125K

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AZUL

Chassi: 9C6KE094060003992

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2006

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

- > AL. FID. YAMAHA ADM CONS LTDA
- > NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200305555

Data da solicitação: 15/09/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Aline Gonçalves Santos

CPF do beneficiário: 066.576-964-42

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700-1995

Tel. Comercial: (81) 3200-3055

Tel. Residencial: (81) 3200-3055

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: **DOC IMAGEM + LAUDO MÉDICO**
(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Solicito que seja reanalisado o processo pelo a mesma vez energia elétrica, fones, fez todos tratamento médico e mesmo assim se encontra com sequelas, solicito que seja marcado uma perícia médica para que seja verificada as suas sequelas e que seja liberado o valor a que tem direito.

Santo Amaro, 15/09/2020.

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido da Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/última não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá assinar de sua confiança, alfabetizado, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido (a rogo).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239728/20

Número do Sinistro: 3200305555

Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS

CPF: 066.576.964-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/05/2020

Titular do CPF: ALINE GONCALVES SANTOS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 15/09/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 15/09/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/05/2021 13:33:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21050713332847600000078471480>
Número do documento: 21050713332847600000078471480

Num. 80125866 - Pág. 27