



03/02/2021

Número: **0077885-58.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/12/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICHELE MARIA DA SILVA ENES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74565597	03/02/2021 14:32	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, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200354095

Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Data do Acidente: 26/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE MARIA DA SILVA ENES

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 dos ombros
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: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005923-4

Conta: 000004223-4

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01277/01278 - carta_16R - INVALIDEZ

00010639





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

068.055.914-06

4 - Nome completo da vítima:

Michele Maria da Silva Enes

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

5 - Nome completo:

Michele Maria da Silva Enes

6 - CPF:

068.055.914-06

7 - Profissão:

Recebeu-se

8 - Endereço:

Rua Nova

9 - Número:

19

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Rua Nova

12 - Cidade:

Castes

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.360-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9 9258.3084

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$ 1,00 A R\$1.000,00



R\$ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção):

Bradesco (237)



Itaú (341)



Banco do Brasil (001)



Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

5923

4

CONTA:

4223

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de comprovação 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias após o pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viúva

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:



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar:



Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou:



Sim



Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

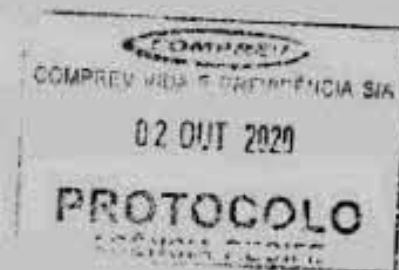
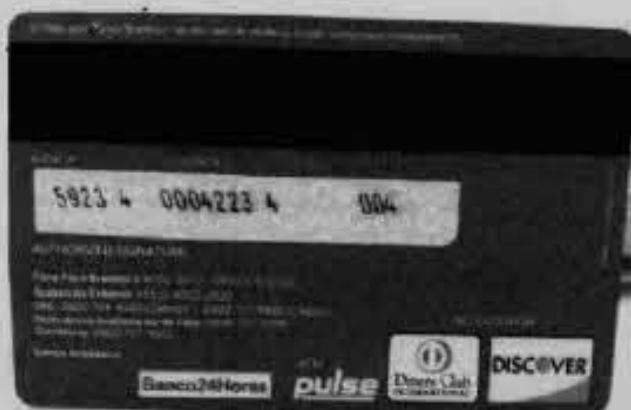
40 - Local e data: Castes 03/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 140ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAETES - DP140ªCIRC
DINTER1/18ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0230000269

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/07/2020 às 10:47

Complementa o BQ Número: 20E0230000265

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 26/6/2020 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAETES, 1, BR 424 - SÍTIO LAGUINHA - ZONA RURAL DE CAETES - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (AUTOR / AGENTE)
ADEMIR PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
KAIK DA SILVA ENES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELE MARIA DA SILVA ENES

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



MICHELE MARIA DA SILVA ENES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA Pai: GILDO FEITOZA DA SILVA Data de Nascimento: 11/5/1967 Naturalidade: GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 658151528/SSP/SP (RG), 06805591406 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª, GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 87998040841

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**

KAIK DA SILVA ENES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MICHELE MARIA D SILVA ENES Pai: JOSÉ AGNALDO ENES Data de Nascimento: 20/11/2005 Naturalidade: CAETES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 558150949/SSP/SP (RG), 15973747417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª, GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADEMIR PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



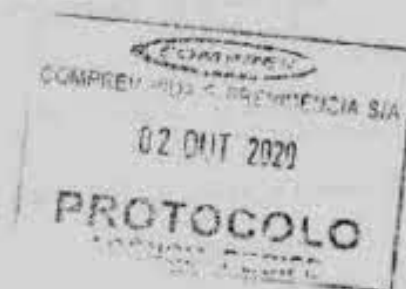
MICHELE MARIA DA SILVA ENES ESTAVA TRANSITANDO PELA BR 424 NA MEDIAÇÃO DO SÍTIO LAGUINHA, ZONA RUARAL DE CAETÉS COM SEU FILHO DE 14 ANOS, KAIK DA SILVA ENES, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SAIU DA PISTA E CAIU DO VEÍCULO SENDO PROJETADA PARA FRENTE CAINDO NO CHÃO EM SEGUIDA, NA QUEDA FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO TENDO SIDO LEVADA POR PARENTES ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAETÉS ONDE OBTVEU OS PRIMEIROS SOCORROS CONFORME PRONTUÁRIO APRESENTADO, A VÍTIMA POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA EM GARANHUNS, O SEU FILHO, KAIK TEVE FRATURA NO PUNHO E TAMBÉM FOI SUBMETIDO A ATENDIMENTO MÉDICO. INFORMA QUE NA OCASIÃO NÃO HOUVE TERCEIRO ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA. POR FIM PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REGISTRO DO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

Michele Maria da Silva Enes

MICHELE MARIA DA SILVA ENES
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: *Rafael Souza de Carvalho* - Matrícula: 3873307





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 140ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAETES - DP140ªCIRC DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0230000265

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/07/2020 às 10:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 26/7/2020 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CAETES, 1, BR 424 - SÍTIO LAGUINHA - ZONA RURAL DE CAETES - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (AUTOR/AGENTE)
KAIK DA SILVA ENES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELE MARIA DA SILVA ENES

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

MICHELE MARIA DA SILVA ENES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA Pai: GILDO FEITOZA DA SILVA Data de Nascimento: 11/5/1987 Naturalidade: GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 558151528/88P/8P (RG) 08805591406 (CPF) Estado Civil: CASADOLA Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 87998840841

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL

KAIK DA SILVA ENES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MICHELE MARIA DA SILVA ENES Pai: JOSÉ AGNALDO ENES Data de Nascimento: 20/11/2005 Naturalidade: CAETES / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 558150949/33P/8P (RG) 15973747417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAETES, 19, RUA NOVA PROJETADA 05 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - CAETES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MICHELE MARIA DA SILVA ENES, que estava em posse do(a) Sr(a): MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA POP 100 Objeto apreendido: Não Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJWB366 (PERNAMBUCO/GARANHUNS) Chassi: 9C2HB02108R0AS194 Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

file:///C:/Users/Milcro/Infopol/Per/BOE/Preview.html



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **ADEMIR PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELE MARIA DA SILVA ENES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 180** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJW6366** (PERNAMBUCO/GARANHUNS) Chassi: **9C2HB02106R042194**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

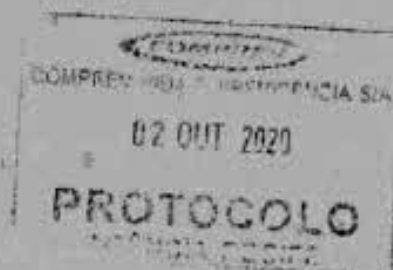
Complemento / Observação

MICHELE MARIA DA SILVA ENES ESTAVA TRANSITANDO PELA BR 424 NA MEDIAÇÃO DO SÍTIO LAGUINHA, ZONA RUARAL DE CAETES COM SEU FILHO DE 14 ANOS, KAIK DA SILVA ENES, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SAIU DA PISTA E CAIU DO VEÍCULO SENDO PROJETADA PARA FRENTE CAINDO NO CHÃO EM SEGUIDA, NA QUEDA FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO TENDO SIDO LEVADA POR PARENTES ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAETES ONDE OBTVEU OS PRIMEIROS SOCORROS CONFORME PRONTUÁRIO APRESENTADO, A VÍTIMA POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA EM GARANHUNS, O SEU FILHO, KAIK TEVE FRATURA NO PUNHO E TAMBÉM FOI SUBMETIDO A ATENDIMENTO MÉDICO. INFORMA QUE NA OCASIÃO NÃO HOUE TERCEIRO ENVOLVIDO NA OCORRÊNCIA. POR FIM PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REGISTRO DO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENGERRO O PRESENTE.

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

x *Michele Maria da Silva Enes*
MICHELE MARIA DA SILVA ENES
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **RAFAEL SOUZA DE CARVALHO** - Matrícula: **3873307**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 068.055.914-06 4 - Nome completo da vítima: Michele Maria da Silva Enes

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

5 - Nome completo: Michele Maria da Silva Enes 6 - CPF: 068.055.914-06
7 - Profissão: Recebista 8 - Endereço: Rua Nova 9 - Número: 39 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rua Nova 12 - Cidade: Póster 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55360-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9 9258.3087

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para ex-bancos abertos. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5923 4 CONTA: 4223 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins 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 dias após o pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa presta concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 netos/netas? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães 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 a provar 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 o pedido (a rgo):
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

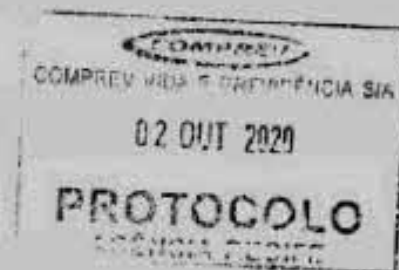
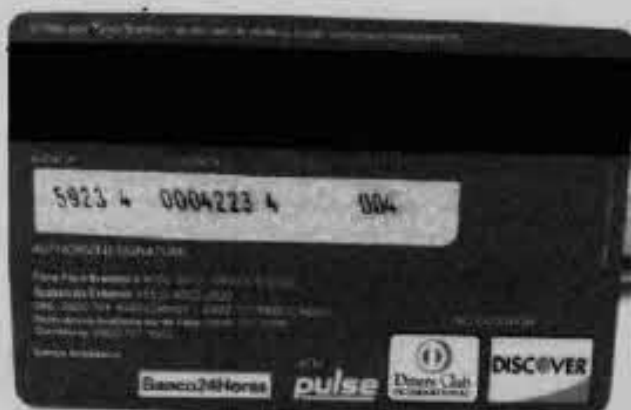
40 - Local e Data: Póster 03/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

BANCO: 237

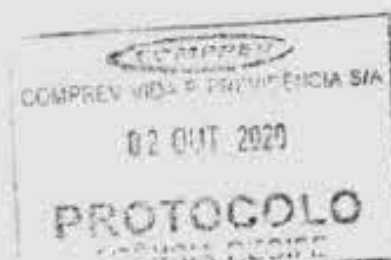
AGÊNCIA: 05923-4

CONTA: 000000004223-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0910202005000000000023705923000000004223168750 PAGO



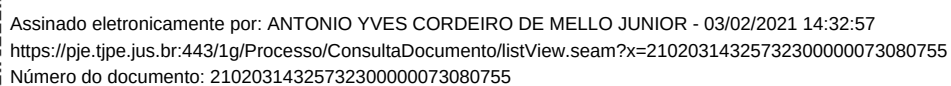


[Handwritten signatures and marks]

[Handwritten signature]



COMPRESI
02 OUT 2020
PROTOCOLLO





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora, **MICHELE MARIA DA SILVA ENES** Portador da Carteira de Identidade nº **55.615.152-8 SDS/SP**, residente e domiciliado na Rua Nova, Centro, no Município de Caetés do Estado de Pernambuco, deu entrada no Hospital Luiza Pereira de Carvalho, no dia 26 de Junho de 2020, vítima moto ciclístico, conforme cópia do Relatório de Emergência, em anexo.

Após os Primeiros Socorros, foi transferido para o Hospital regional Dom Moura, no município de Garanhuns – PE, para os procedimentos necessários.

Sem mais para o momento.

Caetés – PE, 14 de Julho de 2020.

Marco Antônio Leal Calado Filho
Secretário de Saúde Municipal de Caetés - PE



Marco Antônio Leal Calado Filho
Secretário de Saúde
Data: 14/07/2020



Unidade Mista Luiza Pereira de Carvalho
Caetés

Relatório de Enfermagem 26/06/2020

Médico: Erika

Enfermeira = Glauce

Téc. Enfermagem = Tânia, Kanylla, Jairo

Motivador = Rômulo, Dori Melquiades

Suplente = Reginaldo

Receita = Cristiane

Téc. Res. x = Romano

"Censo"

Atendimentos = 34

Procedimentos = Vários

Intervenções = 2

Transferências = 02

Observações = 10

Óbito = 0

"Ocorrências"

Às 16 horas da entrada desta unidade, a Sra. Erika, de 55 anos, residente na Rua Nova, com queixa de dor no peito, ela tem fratura lateral tórax esquerda, a natureza de ferida esquerda antes encaminhado para o HSPM.



Pacientes agitados por limbo e organizado

Tânia, Kanylla, Jairo

Unidade Mista Luiza Pereira de Carvalho
Caetés

27/06/2020





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
Simões Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro: 478370 Data e Hora do Atendimento: 26/06/2020 às 17:25:02 Procedimento Local: Prontuário Integrado Local de Entrada: EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025206813 - MICHELE MARIA DA SILVA ENES
INS: 705603427419215 Nascimento: 11/05/1987 Idade: 33 anos Sexo: Feminino Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a) Profissão: agricultora Naturalidade: GARANHUNS Nacionalidade: Brasileiro
Documento: RG - 558151528 Filiação: Pai: Mãe: M^{te} APARECIDA VICENTE DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA PROJETO 02, N^o 01 Complemento:
Bairro: Cidade: Caetés UF: PE Telefone: (87) 9612-3260

Acompanhante:

Ocorrência:

Procedência: Caetés

Atendimento Médico:

Medico: José Siqueira
Trauma - Ortopedia
CRM: 12352
Fone: 156 429 564-00

Queda Principal:

Ida:

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Local do Impacto:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: Transporte realizado por: 02 OUT 2020
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☒ Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temperatura: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Escala: Hora:



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carim

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorad

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora: 11:11

02 OUT 2020

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



HRDM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Francisco de Assis			Idade:
Sobrenome/Qualificação:				
Quarta de outubro de 2020 Tramite em Urgência				

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA	R.	T.	SpO2	HGT.	Peso	Glasgow.
120/80						15

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calm
Agrado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneia aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Classe
Pálidez	Sudorese		

DOR TORAXICA

INTENSA	MODERADA
---------	----------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braco E	Braco D	Escapula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdome
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

Data:

26/10/2020

Assinatura/Carimbo



FICHA DE INTERNAÇÃO

Número do Registro 339064	Data e Hora do Atendimento 26/06/2020 22:20	CNS 705603427419215	Local:
Paciente: 000146534 MICHELE MARIA DA SILVA ENES		Nascimento: 11/05/1987	Idade: 33
Estado Civil: Casado(a)		Sexo: Feminino	Cor: Sem informação
Profissão:		Naturalidade:	
Documento: 068.055.914-06	Filiação: Pai: GILDO FEITOZA DA SILVA Mãe: MARIA APARECIDA VICENTE DA SILVA		
Endereço: RUA PROJETADA 4	Nº: 13	Complemento:	
Bairro: CENTRO	Cidade: CAETES	UF: PE	CEP:
Telefone fixo:	Telefone Celular: (87) 99629-4400		
Convênio: Particular	Categoria:	Matrícula:	
Nome: JOSE SALGUEIRO DA SILVA NETO	CRM:		
Enfermagem: Posto - B	Leito: QTO. 19	LEITO 1	

Historico: *Paciente Vitima de acidente*
de moto no dia 12/06/20

Exame físico: *Dr. Felipe + Defensoride*
de Caetés PE

Diagnóstico: *Fratura 1/3 proximal unco do*
5422 Hipótese diagnóstica: *fratura*

Tratamento: *Tratament cirurgico*

Via da alta: *28.06.2020* Motivo: *Deixa de tratamento*

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

02 OUT 2020

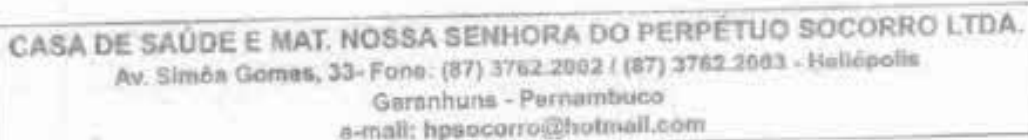
Ana Braz da Silva pelo presente termo, autorizo aos médicos da CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO a procederem no paciente acima relacionado, tudo que acharem necessário para o tratamento do mesmo (exames, transfusões, etc.) dando aos mesmos, plenos direitos para o tratamento indicado, e em conformidade com as normas do decorrente de despesas não autorizadas pelos convênios, mas necessárias ao tratamento do paciente. Com a adesão do Sistema Único de Saúde (SUS) NÃO TERÃO QUE FAZER NENHUMA COMPLEMENTAÇÃO nos procedimentos realizados e nosocômico. Pacientes PARTICULARES será cobrada taxa administrativa de 10% sobre o valor da conta em pacientes internados.

Ana Braz da Silva
Assinatura Médica e Carimbo

Ana Braz da Silva
Assinatura / Responsável

Criado por GILMARA RODRIGUES BARBOSA em 26/06/2020 22:25





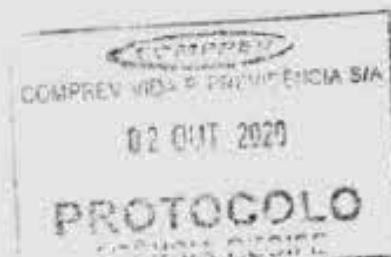
NOME: Michelle Inacio CATEGORIA: Art
ENFERMAGEM: II LEITO: 19 N° DO REGISTRO: 146534



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE		
NOME DO PACIENTE		NÚMERO DO REGISTRO
CLÍNICA		NÚMERO DO LEITO
OPERADOR		
1º ASSISTENTE		2º ASSISTENTE
INSTRUMENTADOR		ANESTESISTA
ANESTESIA		DURAÇÃO
DATA DA OPERAÇÃO	INÍCIO	FIM
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
OPERAÇÃO PROPOSTA		
OPERAÇÃO REALIZADA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
Paciente sob anestesia em posição dorsal Preparado + antiseptico Cefalosporina 1g 1000mg Pneumonia por pleura Resumo: Unilateral + hipocist Então por pleura Tubo		
02 OUT 2020 PROTÓCOLO		
José Sangueto S. Neto Trauma - Ortopedia CRM: 12352 CPF: 185.429.584-00		



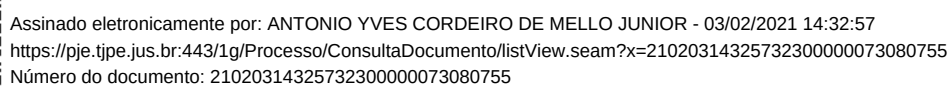


(Handwritten signatures and marks)

(Handwritten signature)



COMPREY
02 OUT 2020
PROTOCOLLO



CONDOMÍNIO DE DADOS DE AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPOREDADES SUAS

PE Nº **8695826528** BILHETE DE SEGURO DPVAT

ADRIANA GENEIRA DA SILVA

GRANADUROS - PE

043.787.284-77

2010 12-03-10

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº **8695826528**

ADRIANA GENEIRA DA SILVA

GRANADUROS - PE

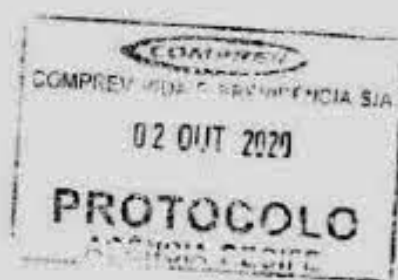
043.787.284-77

2010 12-03-10

SEGURO FATO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ 03.269.022/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200354095

Cidade: Caetés

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Data do acidente: 26/06/2020

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 8 _CIRURGIA

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200354095 Cidade: Caetés Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES Data do acidente: 26/06/2020 Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 8 _CIRURGIA

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279291/20

Vítima: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

CPF: 068.055.914-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2020

Titular do CPF: MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHELE MARIA DA SILVA ENES : 068.055.914-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2020
Nome: MICHELE MARIA DA SILVA ENES
CPF: 068.055.914-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

MICHELE MARIA DA SILVA ENES

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

