

---

**Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200382447**

**Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS**

**Data do Acidente: 06/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES SANTOS**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200382447

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES 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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000032184290-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200382447**

**Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS**

**Data do Acidente: 06/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES SANTOS**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/11/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipoatenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

**Resultados terapêuticos:** tratamento cirúrgico com craniotomia, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Atualmente em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade, crises convulsivas e episódios de agressividade. Vítima queixa de anosmia e cefaleia diária.

**Sequelas permanentes:** Déficit neurológico moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 05/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3200382447

Nome do(a) Examinado(a): ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Nabuco, 41, , Santa Cruz do Capibaribe/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP PE / 10582834

Data e local do acidente: 06/03/2020 - Monteiro/PB

Data e local do exame: 05/11/2020 - Caruaru/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.27084 , longitude: -35.978

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipoatenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

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

tratamento cirúrgico com craniotomia, estando em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade e episódios de agressividade. Vítima queixa de anosmia e cefaleia diária.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

dano neurológico comportamental, crises convulsivas e anosmia

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

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 (\*)

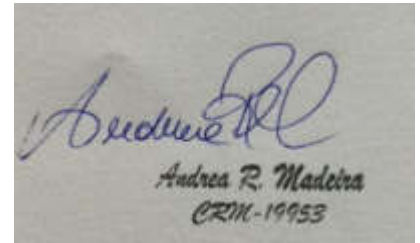
( ) "Vítima em tratamento"

( ) "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.

Dano cognitivo-comportamental alienante - Médio - 50%

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



Handwritten signature: *Andrea R. Madeira*  
Printed text: *Andrea R. Madeira*  
CRM-19953

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 109.992.204-62 4 - Nome completo da vítima: Ana Clara Fernandes Santos

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

5 - Nome completo: Ana Clara Fernandes Santos 6 - CPF: 109.992.204-62  
7 - Profissão: Rec. SIV 8 - Endereço: Rua Paqueta Nambuco 9 - Número: 41 10 - Complemento: Para  
11 - Bairro: São Cristóvão 12 - Cidade: Santa Cruz do Capibaribe PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-009  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 81.99700-1928

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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK 260

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 32184290 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

40 - Local e Data: Santa Cruz do Capibaribe/PE 23/10/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ana Clara Fernandes Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE

Rua Maria Salete de Almeida Nunes, nº 67 - Centro - MONTEIRO - PB - 58500-000 - (83) 3351-2147

OCORRÊNCIA Nº 000484/20

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000484/20 registrada em 21/10/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um dias do mês de outubro do ano de 2020, nesta cidade de MONTEIRO - PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA DE MONTEIRO/PB, quando encontrava-se presente o Bel. GILSON DUARTE ROSAS FILHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 15:03 horas, compareceu a Sra. ANA CLARA FERNANDES SANTOS, com 18 anos de idade, filha de JOSÉ JAIR FERNANDES DE LAGOS e JEANE SANTOS SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, Solteira, escolaridade Médio Incompleto, profissão ESTUDANTE, portadora da Cédula de Identidade Nº 10582834, expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de Nº 10999220462, residindo à rua JOAQUIM NABUCO, Nº 41, bairro SÃO CRISTOVÃO, na cidade de SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, celular 81-99300.3883.

#### Declarou que:

Informa a declarante que no dia 06/03/2020 por volta das 11:45 horas, estava como garupa em uma motocicleta Honda/Biz que estava sendo conduzida por seu namorado de nome FAGNER; Quando transitava na BR-412, nas proximidades da clínica de Dr. Wanderley nesta cidade, um motociclista colidiu na motocicleta conduzida por FAGNER o qual perdeu o controle da motocicleta e caiu na pista de rolamento; Que devido a queda da moto a declarante que na época era menor de idade, sofreu uma lesão gravíssima na cabeça por não estar fazendo uso de capacete; Que foi socorrida pelo SAMU de Monteiro para o Hospital Regional Santa Filomena onde foi atendida e posteriormente foi encaminhada para o Hospital de Traumas de Campina Grande/PB; Que deu entrada no Trauma no mesmo dia 06/03/2020 por volta das 18:36 horas, tendo ficado internada com diagnóstico inicial de "Politrauma" e foi submetida a uma cirurgia no dia 07/03/2020 com diagnóstico pré-operatório "CONTUSÃO CEREBRAL" e TCE Moderado, ao todo passou quatorze dias de internação, sendo dez dias de UTI; Que a motocicleta envolvida no acidente é da marca Honda/Biz 125 ES, de cor vermelha, placa PEZ-9208/PE, ano/mod. 2011/2011, chassi 9C2JC4820BR259167, licenciada em nome de Maria Verônica Ferreira dos Santos; Que registra esta ocorrência para requerer o Seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme. expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

MONTEIRO - PB, Quarta-feira, 21 de Outubro de 2020

  
ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Declarante

  
LÍDIO BEZERRA DE FREITAS

Escrivão





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NR do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 109.992.204-62 4 - Nome completo da vítima: Ana Clara Fernandes Santos

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

5 - Nome completo: Ana Clara Fernandes Santos 6 - CPF: 109.992.204-62  
7 - Profissão: Rec. SNT 8 - Endereço: Rua Paqueta Nambuco 9 - Número: 41 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: São Cristóvão 12 - Cidade: Santo Cruz do Capibaribe PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-009  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.99700-1928

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 1.001,00 ATÉ R 1.000,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK 260

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 32184290 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Santo Cruz do Capibaribe/PE 23/10/2020  
Ana Clara Fernandes Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 12/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

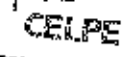
BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000032184290-5

---

Nr. da Autenticação 41A5BEA8583A062C



Foro Social de Energía Bencom. Cda. gnta 15713438, do 25004002

CELPE - Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 211, Boa Vista, Recife - PE CEP 51000-007  
CNPJ 10.626.922/0001-02 | E-mail: celpe@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
IVONETE FERREIRA DA CONCEIÇÃO SANTOS  
CPF: 008.373.214-75 NIS: 23789853107

ENDEREÇO DA UTILIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOAQUIM LAGES, 41

SACIOWSTOWASANTA-CRUZ DO CAPIM  
SANTA-CRUZ DO CAPIM-PE  
55195-005

CLASSIFICAÇÃO  
PT RESIDENCIAL  
SABOARENDA COMUNS  
Vantagem

PERÍODO DE FATURAMENTO  
15/02/2020 a 15/03/2020  
2020/02/15 a 2020/03/15  
2020/02/15 a 2020/03/15

7029320810 09/2020  
22/10/2020  
28.67

Consumo TUDO até 20.000  
Consumo TUDO superior a 20.000  
Consumo TUDO até 20.000  
Consumo TUDO superior a 20.000  
Consumo TUDO até 20.000  
Consumo TUDO superior a 20.000

CONSUMIDOR	PERÍODO (DIAS)	VALOR (R\$)
30.000.000	30	9.10843619
30.000.000	30	0.18758177
30.000.000	30	0.00307419
30.000.000	30	0.10041235

TOTAL DA FATURA

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
15/02/2020	72000	15/03/2020	72000	15/03/2020	72000

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
Consumo TUDO	9.10843619	81.1%
Consumo TUDO	0.18758177	1.7%
Consumo TUDO	0.00307419	0.0%
Consumo TUDO	0.10041235	0.9%
TOTAL	9.39950451	100.0%

DATA FILE: TAPPA4 - 0812-29 TAPPA4.D11501.A

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.433, de 24/04/02  
 COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142  
 Ouvidoria: 0800 262 5599  
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
 do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0167  
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifas  
 na opção para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE</b> <b>ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>14/04/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 08/04/2020	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>7008475460</b>
<b>ENDEREÇO</b> RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3 CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE -	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 29,31</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 06/04/2020	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico B1
<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 103179059			

<b>PERÍODO CONSUMO</b>	<b>CONSUMO</b>
05/03/2020 à 06/04/2020	36

ICMS BASE DE CÁLCULO R\$ 6,98 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 7,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

Desarrollo aquí


<b>CONTA CONTRATO</b>	<b>MÊS/ANO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>VENCIMENTO</b>
7006475460	04/2020	R\$ 29,31	14/04/2020

**TALÃO DE PAGAMENTO**

**Evite dobrar e perfurar ou rasurar.**

**Este canhoto será usado em leitora ótica.**

338300000004 293100110072 008475460109 144919190039



**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

3383000000004 293109110072 008475460109 144919190039



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 SUSEP<sup>1</sup> 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.

A 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano M. Moura de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Clara Fernandes Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.992.204 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ana Clara Fernandes Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.992.204 / 62, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

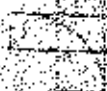
Endereço	<u>Rua Rosário Alves de Azevedo</u>		Número	<u>07</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Santa Cruz do Capibaribe</u>		Estado	<u>PE</u>
Email	<u>ce</u>		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
			<u>81-99700-1998</u>		<u>81-99161-3907</u>	

Santa Cruz 23 de Outubro de 2020  
do Capibaribe Local e Data

Adriano M. Moura de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante







SUS

SECRETARIA DE SAÚDE  
COMISSÃO DE SAÚDE

FLUXO DE REFERÊNCIA ESCALONADA

LICHO DE ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIENTAÇÃO  
HOSPITAL REGIONAL SANTA ELIZABETH  
PARQUE HOSPITAL  
MÉDICO ENCAMINHADO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME  
PROFISSÃO  
ENDEREÇO  
MUNICÍPIO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Principais sintomas  
História da doença  
Exame físico

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Medicamentos prescritos

DIAGNÓSTICO

PROVAVEL  
DIAGNÓSTICO

19/03/2020

HTCCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvadas, Carolina Grande - PB. CEP: 58432-800  
Belenópolis, Paraíba (R. 2) - Modelo 03

CNPJ: 06.776.268/0001-52  
Data: 19/03/2020  
NOME: Marcos Wagner De Sousa Porto



**PARAIBA**  
Governo do Estado



**PARAIBA**  
Carolina Grande

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data da Internação: 06/03/2020 Data da Alta: 19/03/2020

Registro: 2122228

Tempo de Permanência: -18328

Diagnóstico Inicial: CONCUSSÃO CEREBRAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: TC COM CONTUSÃO HEMORRAGICA E CERTO EFEITO DE MASSA.

Cirurgia: DRENAGEM

Data:

Equipe:

Cirurgião: SAUL QUINHO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SUPORTE PARA TCE

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TCE E ADMITIDO  
SONOLENTO

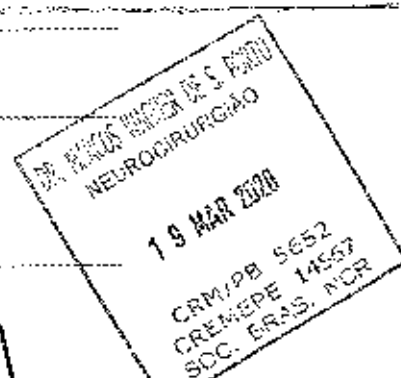
Orientações: REPOUSO DOMICILIAR E CUIDADOS GERAIS. HIGIENE GERAL E BOA  
ALIMENTAÇÃO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 19/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Marcos Wagner De Sousa Porto

RESPONSÁVEL: Marcos Wagner De Sousa Porto





Paciente  
**ANA CLARA FERNANDES SANTOS**

Atendimento  
**27919**

Convênio  
**PARTICULAR**

Exame  
**TC CRÂNIO**

Prontuário  
**03103803**  
Nome Solicitante  
**DANIEL DEAN**

Dt. Nascimento  
**16/08/2002**  
CRM Solicitante  
**6602**  
Dt. Exame  
**16/04/2020**

### **EXAME REALIZADO COM APARELHO MULTISLICE GE (16 DETECTORES)**

**TÉCNICA:** Foram obtidas aquisições volumétricas em aparelho multislice, com posterior reformatações multiplanares, sem a administração de contraste intravenoso.

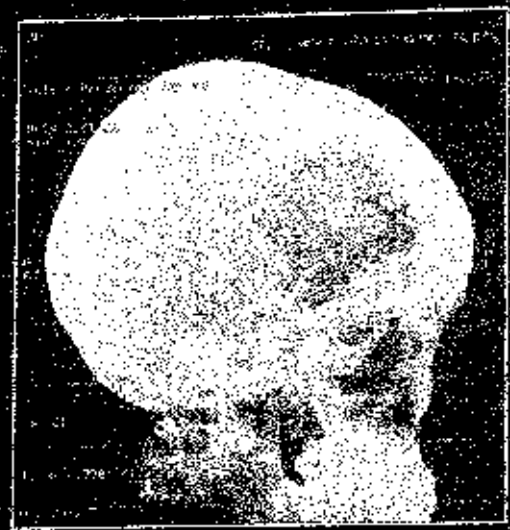
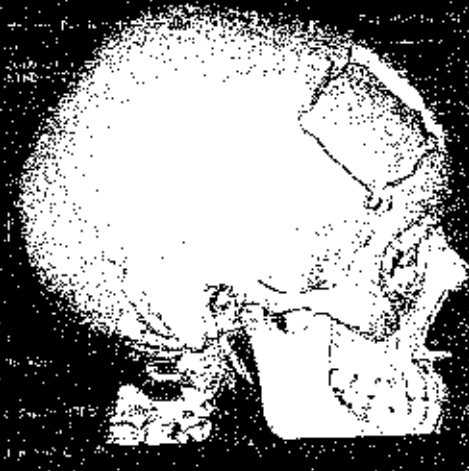
### **O ESTUDO REVELA:**

- Craniotomia frontal à direita.
- Cavidade cirúrgica associado a hipoatenuação córtico-subcortical do lobo frontal direito, que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo contusão cerebral crônica.
- Núcleos da base e regiões capsulares de aspecto anatômico.
- Não há evidências de hematomas epidurais ou subdurais no presente exame.
- Cavidades ventriculares de morfologia e calibre normais.
- Cisternas, sulcos e cissuras da convexidade sem alterações.
- Tronco cerebral e parênquima cerebelar com coeficiente de atenuação preservados.
- Correlacionar com dados clínicos.

*Manoel F. A. Cavalcanti*

**CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORÊNCIO**  
Dr. MANOEL FELIPE DE ALMEIDA CAVALCANTI  
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
CRM 20994-PE RQE 4454





Au. Agamenon Magalhães, 843 - Mourão de Azevedo - Curitiba/PR - Fone: (81) 3727.2090

Revista de Medicina  
Legislação e Ética  
e Saúde Coletiva



revista@revistaonline.com.br



www.revistaonline.com.br



0800-010000  
0800-010000



revistaonline.com.br



revistaonline.com.br

Digitalizado com CamScanner





**Gilberto Vilaça de Menezes**

Neurocirurgião

CRM PE 11423



**Gilberto Vilaça de Menezes**

Neurocirurgião

CRM PE 11423

Gilberto Vilaça

**MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA**

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)<sup>1</sup>

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

➤ Nome do(a) paciente: **Ana Clara Fernandes Santos**

➤ Número do documento de identificação (com foto): **RG 10.582.834**

**SDS/PE**

➤ Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10:

1) **sequela de traumatismo intracraniano (CID S06)**

2) **área de craniectomia frontal direita não corrigida (T81)**

3) **depressão com ideação suicida (F32.3)**

4) **ansiedade comórbida (F41)**

➤ O(A) paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

( ) Não

(X) Sim. Quais (descrição breve e resultado)? • **TAC do crânio (CDMF, Manoel Felipe de Almeida Cavalcanti, CRM PE 20994, RQE 4454, em 16/04/20): cavidade cirúrgica associada a hipoatenuação córtico-subcortical do lobo frontal direito, que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo contusão cerebral crônica.**

*Gilberto Vilaça de Menezes*  
Neurocirurgião  
CRM: 11423



**Gilberto Vilaça de Menezes**

CRM 11423

(Página 1 de 2) 18/11/2020

CEA

Rua Paranaíba, 99  
Maurício de Nassau - Caruaru - PE  
(81) 3721-3338

BELO JARDIM - PE

Rua Amélia Soares Paes, 38  
Boa Vista - Belo Jardim  
(81) 3726-1117

CLINN

Rua Ananias Carlos da Rocha, 31  
Sto. Antônio - Santa Cruz do Capibaribe  
(81) 3731-3405

➤ Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do(a) paciente? Quais as funções ou sentidos dos quais está o(a) paciente privado(a) ou limitado(a) em virtude da(s) patologia(s) verificada(s)?  
**Bradipsiquismo; área não corrigida de craniectomia frontal direita; depressão grave, com ideação suicida e ansiedade comórbida; disfonia.**  
➤ A(s) patologia(s) constatada(s) o(a) incapacita(m) para o trabalho?

( ) Não

(X) Sim. Por quê? **Há risco de lesão encefálica, por exposição relativa do tecido cerebral.**

➤ Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

(X) Sim

( ) Não.

Qual o tempo de repouso para a recuperação do(a) paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?  
**Não se aplica.**

<sup>1</sup> Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º (...)

III – registrar os dados de maneira legível;

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em obediência ao art. 5º da Resolução CFM n.º 1.658/2002.

Santa Cruz do Capibaribe, quarta-feira, 18 de novembro de 2020  
Eu, **Ana Clara Fernandes Santos**, autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário e ao INSS, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

*Ana Clara Fernandes Santos*

Gilberto Vilaça de Menezes  
Neurocirurgia  
CRM: 11423



Gilberto Vilaça de Menezes

CRM 11423

(Página 2 de 2)

18/11/2020

[illegible]





## ...Informações sobre o veículo

**Placa:** PEZ-9208

**Espécie/ Tipo:** PAS / MOTONETA

**Marca/ Modelo:** HONDA/BIZ 125 ES

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada:** 2 / 0 / 124

**Cor predominante:** VERMELHA

**Chassi:** 9C2JC4820BR259167

**Combustível:** ALCO/GASOL

**Ano fabricação/ Ano modelo:** 2011

**Categoria:** PARTIC

**Parcelamento/ Cotas:** 3 X 0,00

## Observações

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RJ

Nº 9170413130

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: CARRO  
MARCA: VOLVO  
MODELO: 740 GLE  
COR: PRETO  
ANO: 1974  
CATEGORIA: 1000

PLACA: 9170413130  
DATA DE EMISSÃO: 15/05/74  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/75  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/76  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/77  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/78  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/79  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/80  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/81  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/82  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/83  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/84  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/85  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/86  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

DATA DE VENCIMENTO: 15/05/87  
VALOR DO IPTU: R\$ 1.000,00  
VALOR DO LICENCIAMENTO: R\$ 1.000,00  
VALOR DO REGISTRO: R\$ 1.000,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303356/20

**Vítima:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS

**CPF:** 109.992.204-62

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 06/03/2020

**Titular do CPF:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

### ANA CLARA FERNANDES SANTOS : 109.992.204-62

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](http://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: 26/10/2020  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Marta Marinho dos Santos



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital 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: 3200382447  
Nome do beneficiário: ANA CLARA FERNANDES SANTOS  
Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Data da solicitação: 20/11/2020  
CPF do beneficiário: 109.992.204-62  
CPF do solicitante: \_\_\_\_\_

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700-1998 Tel. Comercial: ( )  
E-mail: \_\_\_\_\_

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO 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 de IML  
☐ Boletim de Ocorrência  
☐ Notas fiscais complementares  
☒ Outros: LAUDO MÉDICO  
(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESENERA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CRUZ DO CARIACÓ, 20/11/2020

Local e Data

Ana Clara Fernandes Santos  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

## IMPORTANTE:

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200382447

**Cidade:** Monteiro

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS

**Data do acidente:** 06/03/2020

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipoatenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

**Resultados terapêuticos:** tratamento cirúrgico com craniotomia, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Atualmente em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade, crises convulsivas e episódios de agressividade. Vítima queixa de anosmia e cefaleia diária.

**Sequelas permanentes:** Déficit neurológico moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 05/11/2020

**Conduta mantida:**

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 03, 04, 05 E 06.

\* SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA DE 05/11/2020 EM R\$ 6.750,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 03, 04, 05 E 06.

\* SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA DE 05/11/2020 EM R\$ 6.750,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Ans Clara Fernandes Santos
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Rec. Informar
IDENTIDADE:	10.582.834-5DS/PE CPF: 109.992.204-62
DATA DO ACIDENTE:	06/03/2020
COBERTURA:	Invalidez
VITIMA:	Ans Clara Fernandes Santos
ENDEREÇO:	Rua Joazeiro Nabuco, 41 - São Cristóvão - Santa Cruz do Capibaribe/PE CEP: 55195-009

## OUTORGADO

NOME:	Adriane Maria Moura de A. Fernandes
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Rec. Informar
IDENTIDADE:	4.810.389-58/PE CPF: 995.234.444-04
ENDEREÇO:	Rua Rozemira Alves da Rocha, 03 Centro - Santa Cruz do Capibaribe/PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cruz - PE 23 DE Outubro DE 20 20  
do Capibaribe

x Ans Clara Fernandes Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303356/20

**Número do Sinistro:** 3200382447

**Vítima:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS

**CPF:** 109.992.204-62

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 06/03/2020

**Titular do CPF:** ANA CLARA FERNANDES SANTOS

**CPF de:** Próprio

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

\_\_\_\_\_  
ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

\_\_\_\_\_  
Marta Marinho dos Santos