



Número: **0000763-87.2020.8.17.2770**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itambé**

Última distribuição : **25/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (AUTOR)		IAGO BERNARDO FILIZOLA CARRAZZONI (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75550479	19/02/2021 14:21	ANEXO 1	Outros (Documento)

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:	27/02/2015
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000008586-4

Nr. da Autenticação 7CCA21F377F85109



Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6174653

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Sinistro: 3150072021
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 27/01/2015 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 17/10/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Outros não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00377/00378 - carta_03

00280189



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6363801

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Sinistro: 3150072021
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01135/01136 - carta_02



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2015

Carta nº: 6460244

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Sinistro: 3150072021
Vitima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Data Acidente: 17/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 0000008586-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01269/01270 - carta_15R





Declaração

Eu, IVANETE MARIA ANASTAS FREIRE DA SILVA declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 17/10/14 fui socorrido por POÇUARES levado ao hospital DE JI PARANAÉ

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro de ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instalado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além de Boletim de Ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

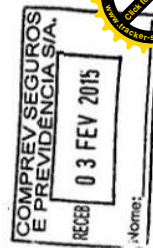
“ Art. 299 – Omitir, em documento público ou

Particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Penal: reclusão de 1 (um) a 5 (Cinco) anos e multa se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”

Local GOIABARA: 1612114 UF: PE Data: 16/12/14

Assinatura: Ivanete Maria Anastas Freire da Silva



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

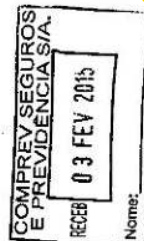
Eu, JUANETE MARIA ARAUJO BEIRE DA SILVA
RG nº 9.828.461, data de expedição 21/10/13, Órgão SDS-PE,
CPF nº 037.553.834-3 venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA DAS MOREIRAS</u>
Número	<u>342</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>IAMBÉ</u>
Cidade	<u>IAMBÉ</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55920-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9418-5892 / 9673-9125</u>
E-mail	<u>mariaaraujo04@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GOIANDIA 16/10/14

Assinatura do Declarante: Phonete Maria (PE) Freire da Silva





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

SAÚDE BUCAL

Unidade de Saúde:

Paciente:

Clinica:

Registro nº:

Enfermagem:

Declaração

Declaro para devidos fins que a
Sra. Ivete Maria Araújo Freire da Silva,
44 anos, sofreu um acidente automobilístico
(moto), sendo atendida nesta unidade no dia
11/10/14, com multa de no punho E, por en-
comendada para uma avaliação ortopédica
no Hop. Miguel Arraes.

Dr. Paulo Emilio Nobre / R.O.
Médico
CRM 135.100 / RJ

Data: 12, 11, 14

Cirurgião Dentista / CRO



Nome:



SOC

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: IVANETE MARIA A FARIAS SILVA REGISTRO: 71917

IDADE: 41 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO: 31/10/14 DATA DA ALTA: 11/11/14

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Fratura da extremidade distal do fêmur

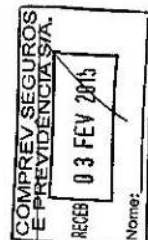
TRATAMENTO REALIZADO: Desbridamento com pinos e placa

proteção uso ORN

③ Preparado com tomar 1 ppo 8h 5 dias

ORIENTAÇÕES:

- Repouso relativo, não retornar trabalhos
- Ao Otorrinologista



PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

AMBULATORIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL 11/11/14

DR. FAGNER ATHAYDE
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA MÉDICO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

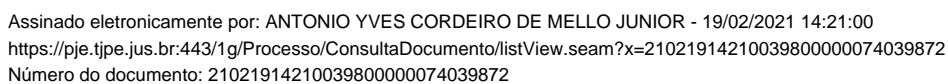




COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

RECEB: 03 FEV 2015

Nome: _____





INIP - Hospital Miguel Arraes
Estrada da Fazendinha S/N
Jaguaripe Paulista - PE
CEP: 53413-000

RA: 62502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos, 4 meses 5 dias Sexo: F
Dr.(a): NI - ILEGÍVEL
Unidade: MIA-HOSPITAL MIGUEL ARRAES - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontoaturo: 71917 Cód.SUS: Local de Entrega: FV02-
EMERGENCIA VENCID OZ
Cidade Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data de Nascimento: 26/06/1973

HEMOGRAMA

Resultado Atual		Resultados Anteriores		Valor de Referência			
Laudo Evolutivo				Homens		Mulheras	
ERITROGRAMA							
Hemácias	4,75 $10^9/\mu\text{L}$				4,2 - 5,0	4,0 - 5,4	$10^9/\mu\text{L}$
Hemoglobina	13,5 g/dL				13,0 - 18,0	12,0 - 16,0	g/dL
Hem. critico	41,3 %				40 - 52	35 - 47	%
VCM	86,9 fL				80 - 100	80 - 100	fL
HCM	28,4 pg				27 - 32	27 - 32	pg
CHC	32,7 g/dL				32 - 37	32 - 37	g/dL
RDW	14,3 %				Até 15	Até 15	%
LEUCOGRAMA							
Leucócitos	100 %	13000 / μL			100 %	3500 - 11000 / μL	
Neutrófilos	65,8 %	8554 / μL			50 - 70 %	2500 - 7000 / μL	
Eosinófilos	1,2 %	52 / μL			1 - 6 %	100 - 600 / μL	
Basófilos	0,4 %	156 / μL			0 - 2 %	0 - 200 / μL	
Linfócitos	26,6 %	3458 / μL			20 - 30 %	1000 - 2000 / μL	
Monócitos	6,0 %	780 / μL			2 - 12 %	100 - 800 / μL	
Plaquetas	371.000 / μL					140.000 - 450.000 / μL	

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonados está presente em 6% do total de neutrófilos.

Paciente: SANGUE

Método: AUTOMATICO

Data Assinatura: 31/10/2014 19:20:10

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado: 11,7 seg.
Tempo: 78 %
Atividade de Protrombina: 1,13
INR: 1,13

Valor de Referência:
De 10,4 a 12,6 seg.
Atividade: Superior a 70%
INR: Até 1,2

Método: AUTOMATICO - COAGULOMÉTRICO

Unidade de
ANA LUIZ LOPES DE MELLO
LABORATORIO DE COAGULACAO
RUA JACQUELINE BARROS PALMEIROTTI - CENTRO - 53025-3

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:44

COMPREVE SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

RECIBO 03 FEV 2015

Nome:

Exames Assinados Eletronicamente

"Notário Oficial de Brasília"

"Notário Oficial de Brasília"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório de Coagulação - Rua Dr. João Távora de Moura, 57 - Fone: 33230-290 - CEP: 53025-3

Rua Dr. João Távora de Moura, 57 - Fone: 33230-290 - CEP: 53025-3

Data de Impressão: 01/11/2014 09:21:13 Impresso: 27





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Traveste M. Augusto Soares foi atendido (a) neste

Serviço no dia: 17/01/14 CID: 552

☒ Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

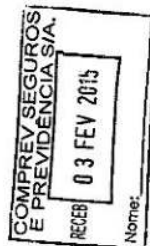
☐ Como acompanhante.

☐ Outros: _____

Paulista, 17 de Outubro de 20 14

Dr. Juliano Machado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15579

Médico

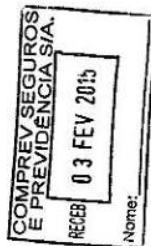




Data da Consulta

Data	Hora
Doses	1°
BCG	
DDPT	
OPV	
VAV	
VAS	
PPD	
Tx. Dif.	
Tx. Tet.	
Tx. TD	
VAR	

Observações:



Idade: 41

REGISTRO..... 71917

PACIENTE..... IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

NASCIMENTO..... 26/08/1973

MÃE..... MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS.

ENDEREÇO..... VITAL, NUMERO: 344

CIDADE..... BAIRRO..... CENTRO

CIDADE..... ITABE




[illegible]

Date: 20, November, de 20 14.

Obs. O Doente só será atendido no dia marcado para a consulta mediante a apresentação do cartão.





 PERNAMBUCO MUNICÍPIO	 HOSPITAL MIGUEL ARRAES	 IMIP
RECEITUÁRIO		
<p>Receita prescrita ao lactante de 2 dias num tempo suplenente da mãe e suplementado com leite materno e soro</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>		
<p>O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO</p>		

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
RECIBO 03 FEV 2015
Nome:





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)
FRANCISCO MARIA A. FRORE foi atendido (a) neste

Serviço no dia: 31/10/19 CID: 552

☒ Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.



☐ Como acompanhante.

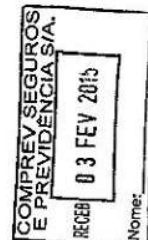
☐ Outros: _____



Paulista, 31 de 10 de 20 19

DR. FAGNER ATHAYDE
Ortopedia e Traumatologia
Médico

 		CONTROLE DE ALTA	
NOME: <u>Wanderlei de Amparo Pereira da Silva</u>		IDADE: <u>44</u>	
ALTA DOMICILIO <input type="checkbox"/>	ALTA TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	DATA: <u>27/02/21</u>	
ALTA AMBULATORIO <input type="checkbox"/>	ALTA TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	HORA: <u>14h</u>	
Assinatura e Carimbo do médico		Nome:	





IMIP - Hospital Miguel Arraes
Estrada da Fazendinha S/N
Jaguaribe Paulista - PE
CEP: 53413-000

RA: 02502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos 4 meses 5 dias Sexo : F
Data de Nascimento: 15/06/1973
Data de Coleta: 31/10/2014 18:34:19
Entrada: 31/10/2014 18:34:19
Endereço: JAGUARIBE PAULISTA - PE
CEP: 53413-000
Coleta realizada: 31/10/2014 18:34:19

TPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA
Resultado: 26,9
Tempo: 0,99
Relação Paciente/Controle
Método: AUTOMATIZADO - COAGULOMÉTRICO
Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:46

URÉIA
Resultado: 16 mg/dL
Valor de Referência:
De 1 a 3 anos: 10 a 16 mg/dL
De 3 a 5 anos: 10 a 16 mg/dL
De 5 a 10 anos: 10 a 16 mg/dL
De 10 a 19 anos: 10 a 16 mg/dL
Homens até 50 anos: 10 a 16 mg/dL
Homens acima de 50 anos: 10 a 16 mg/dL
Mulheres até 50 anos: 10 a 16 mg/dL
Mulheres acima de 50 anos: 10 a 16 mg/dL

Método: UREASE
Material: SÉRIO
Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:46

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 03 FEV 2015
Nome:

Exames Assinados Eletronicamente
"Assinatura Eletrônica Oficial de Brasília"
"Os resultados obtidos são válidos e reconhecidos com outros dados vinculados"
Laboratório participante da plataforma PRONEX da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
R. Dr. João Tavares de Novaes, 57 - Pólo de Saúde - 53413-000 Jaguaribe Paulista - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA, CRM/PE: 5125
Data da Impressão: 01/11/2014 09:21:13 Página: 3/3



IMIP - Hospital Miguel Arraes
Estrada da Fazendinha S/N
Juararibe Paulista - PE
CEP: 53413-000

RA: 62502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos 4 meses 5 dias Sexo : F
Dr.(a): NI - ILEGÍVEL
Unidade: MIA-HOSPITAL MIGUEL ARRAES - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontoário: 71017 Cód.SUS: local de Entrega: EVO2-
Coleta Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data de Nascimento: 25/06/1973

CREA: 17NA

Resultado
0,63 mg/dL

Valor de Referência:
Homens: 0,22 a 1,25 mg/dL
Mulheres: 0,57 a 1,11 mg/dL

Material: SORO

Método: PIONATO ALCALINO CINÉTICO

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:39

POTÁSSIO

Resultado
3,9 mmol/L

Valor de Referência:
Homem: 3,5 a 5,5 mmol/L
Mulher: 3,4 a 4,4 mmol/L

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:41

SÓDIO

Resultado
137 mmol/L

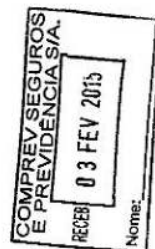
Valor de Referência:
De 136 a 145 mmol/L

Material: SORO

Método: ION SELETIVO

Liberação por:
ANA CARLA PINES DE MELO
DRA. JACQUELINE BARROS PALMEIRTON - CREM: 1486-3

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:42



Exames Assinados Eletronicamente

"Notário Oficial de Brasília"

"Ampliar Não Coletado pelo Laboratório"

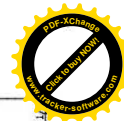
"Os resultados obtidos são correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa de qualidade de análise de Patologia Clínica.

Rua Dr. João Tavares de Moura, S/ Perifoneia 53200-200 Olinda - PE - Responsável: LUCIANO ALMEIDA CRAMPE: 5325

Data de Impressão: 02/12/2014 09:11:13 Página: 11

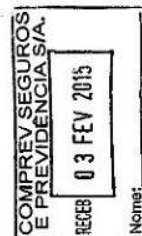
about:blank



DR JORGE VASCONCELOS NEVES

CLÍNICO GERAL - CRM - 4428/PE.

Quanto Maria Araújo F. da Silva
viveu de acordo com o modo.
sem fratura da tibia distal E.
foi submetida a tratamento de
cirurgia para redução de fratura
e o os fixa de Kirschner.
Após tratamento e acompanhamento
paciente a pronta liberação
funcional para o posto e
o término da prova para a
mãe, com acompanhamento e
fórmula e seguimento da
saúde médica



Dr. Jorge Vasconcelos Neves
CRM 4428/PE

25/11/14

END.: RUA DOS NAVEGANTES, 1295 - APT. 501 - BOA VIAGEM - RECIFE-PE.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE JUSTIÇA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO
06R - 44

RECEBIMOS

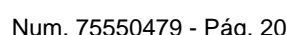
12/11/64

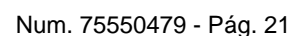
Araceli Maria dos Santos Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

Sistema Unico de Saúde

JOSÉ M. ARAÚJO PEREIRA DA SILVA
Data Rec.: 26/08/1973
701 2050 0104 4716
SUS +



[illegible][illegible]



Seguro Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTE

registro
estabelecido

TITULAÇÃO DO EVENTO

Acidente 17/10/14 Vitima **IVANETE MARIA ARAUJO FERREIRA DA SILVA**
CPF 037.551.834-71 Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome **IVANETE MARIA ARAUJO F. DA SILVA** Vitima Representante Legal
Endereço para Correspondência **RUA DAS HORTENSIAS**
nº **344** Complemento **Bairro HAMBRE**
Cidade **HAMBRE** UF **PE** CEP **55300-000** Telefone para contato **(81) 9418-5892**
Preencha com ☒ para documentação entregue **9673-9125**
Preencha com ☐ para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
☒ CPF da vítima
☒ Comprovante de residência da vítima
☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 15 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VITIMA

- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
☐ CPF
☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.
A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____/____/____
Nome _____
Identidade _____

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DOS DOCUMENTOS
☐ Documentação entregue
☒ Documentação faltante

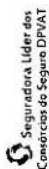
RECEBEMOS
Data 03 FEB 2015
Nome _____
Identidade _____

UUFMS





PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-003649/2015

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO
Freire da Silva
Dependência: 0041
CPF de: Próprio
Data de Nascimento: 26/06/1973
Data do Sinistro: 17/10/2014
Titular do CPF: IVANETE MARIA ARAUJO
Freire da Silva

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	07/01/2015	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome:
Telefone:
Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados ao anexo, ficando aguardando os demais necessários à continuidade da regularização do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 27/01/2015





~~Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.~~

EU, JACIELLE MARIA ARAUJO FERREIRA DA SILVA, expedido por SPS-PE em 21/10/13 e
seguropadrão do RG nº 9.828.467, CPF 03153834-4(A), CNPJ 00000000-00, profissão
() na qualidade de beneficiário(a) do valor referente à indenização / reembolso do
e renda mensal de R\$ _____ () autorizo a seguradora líder dos consórcios do seguro
DPVAT a efetuar o crédito, de acordo com as informações abaixo prestadas.

*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos: aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta tipo POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário:**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários e de identificação do titular, tais como: extratos bancários, cartão de crédito, scanner colorido, cópia do nome do titular no cartão de crédito, cópia do nome do titular no cartão de informação, cópia do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nome: _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POU-PÂNCA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 1014 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0871 N° da CONTA (com dígito, se existir) 08586-4

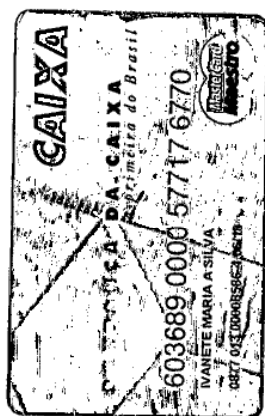
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DEACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

GOIANA, 16 de DEZEMBRO de 24



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com o grau de incapacidade) e indenização de até R\$13.500,00 em caso de despesas médico-hospitalares.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO -
ITAMBÉ - DP49ªCIRC DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0139000060**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2015** às **10:51**

Complementa o BO Número: 14E0139001265

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **17/10/2014** às **10:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA HORTENCIAS, 1, EM FRENTE AO NUMERO 344 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ ARAUJO DOS SANTOS Pai: JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 25/06/1973 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9828464/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A) Endereço Residencial: RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KF59986** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **897903876** Chassi: **SC6K6091070621289**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007**
Descrição: **MODELO: 125 E**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



15/01/2015



Implemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE QUANDO SAIU DE SUA RESIDENCIA PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO CHÃO. SOFRENDO ASSIM VARIAS LESÕES. A VITIMA RELATA AINDA QUE FOTOGRAFADA PARA O HOSPITAL DE ITAMBÉ, LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL RIGUEL ARRAES

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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: JOSENILDO DA SILVA PEREIRA



15/01/2015





Corrência

file:///C:/Users/Policia Civil/Infopol/xm/BOEP



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO
ITAMBÉ - DP49-CIRC DINTER1/11-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14E0139001265



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/11/2014 às 11:35

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culpooso (Consumado)
que aconteceu no dia 17/10/2014 às 10:40

Fato ocorrido no endereço: RUA HORTENCIA, 344, EM FRENTE AO NUMERO 344 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Outros motivos); que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSÉ ARAUJO DOS SANTOS Pai: JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/8/1973 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 322464/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A)
Endereço Residencial: RUA HORTENCIA, 344 - CEP: e - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Descrição: MODELO: 125 E

Complemento / Observação







1 corréncia

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPre

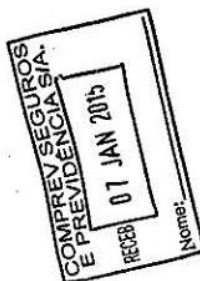


VITIMA RELATA QUE QUANDO SAIU DE SUA RESIDENCIA PERDEU O CONTROLE DA
IA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO CHÃO, SOFRENDO ASSIM VARIAS LESÕES. A
TINA RELATA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE ITAMBE, LOGO EM
-LUGAR TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS

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

x Joanele Maria Aze Freire da Silva
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUCAS HENRIQUE DO NASCIMENTO** - Matrícula: **2732213-0**



14/11/2015



THE **WORLD'S** **LARGEST** **BOOKSTORE**

Received 20 July 1998; accepted 10 September 1998

[illegible][illegible]



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE INE

1004629



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER-1 / GCOH-1 / 11ª DESEC(Goiana)
DELEGACIA DE POLÍCIA 46ª CIRCUNSCRIÇÃO DE TIMBAÚBA/PE

CERTIDÃO

Eu, Lincoln Miguel da Silva, Escrivão de Polícia, QPC 1, Mat. 272.947-4, no uso de minhas atribuições legais, por me haver sido solicitado pelo Sr. **IVONALDO RIBEIRO DA SILVA JUNIOR**, que não há Instituto de Medicina Legal(IME) nas cidades abaixo relacionadas:

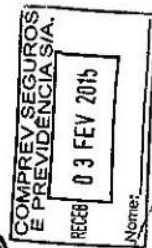
- CONDADO/PE; GOIANA/PE; ITAMBÉ/PE; FERREIROS/PE; CAMUTANGA/PE; TIMBAÚBA/PE; MACAPRANA/PE; ALIANÇA/PE; VICÊNCIA/PE; BUENOS AIRES/PE; NAZARÉ DA MATA/PE; ITAQUITINGA/PE; TRACUNHAEM/PE; CARPINHA/PE; PAUDALHO/PE; LAGOA DO CARROPE e LAGOA DE ITAENGA/PE;

Dada e passada no cartório desta 46ª Circunscrição Policial – Timbaúba/PE, no dia de hoje, vinte e um de Agosto de dois mil e catorze(21/08/2014). A presente é a verdade a que me reporto e dou fé.


Lincoln Miguel da Silva
Escrivão de Polícia

Mat. 272.947-4

Lincoln Miguel
Escrivão de Polícia
Mat. 272.947-4



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMBAÚBA



**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

Nome do(a) Examinado(a): **IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA** Sinistro: **3150072021** Data: **17/10/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DAS HORTENCIAS, 344 - ITAMBE - Itambé - PE - CEP 55920-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **9828461**

Data local do exame: [**25/02/2015**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura distal do rádio esquerdo. Limitação de movimentos do punho esquerdo, limitação de movimentos dos dedos da mão esquerda comprometendo a preensão da mão..

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com colocação de material de osteossíntese.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150072021 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQURLA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/PUNHO ESQUERDO: 50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150072021 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Limitação de movimentos do punho esquerdo, limitação de movimentos dos dedos da mão esquerda comprometendo a preensão da mão..

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de material de osteossíntese.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/02/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Paulo Srgio Muniz

CRM do médico: 5530

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

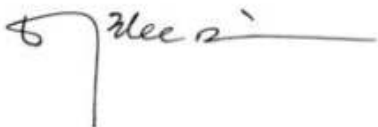
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Número: **0000763-87.2020.8.17.2770**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itambé**

Última distribuição : **25/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (AUTOR)		IAGO BERNARDO FILIZOLA CARRAZZONI (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75551282	19/02/2021 14:21	ANEXO 2	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSAÍDO. 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 João Guilherme Mangabeira de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Armete Maria Araújo Freire da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.551.834 / 71

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Armete Maria Araújo Freire da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.551.834 / 71 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 Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>armeretria.guiana@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	Tel (DDD): <u>(81) 3626-3771</u>

Local e Data: Goiana - PE 25/10/2019

Assinatura do Declarante

DLDRL-001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorelida.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1506 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

Eu, Rafael Souza Salveiro

RG nº 9.112.129, data de expedição 30/03/2016

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 117-301.694-86

com domicílio na cidade de Itambé, no Estado de

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

Rua do Alixin, nº 68

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

_____, cujo o condutor era

Frederico Maria Araújo Freire da Silva

Veículo: motocicleta Modelo: Honda/99 150 FAN Ano: 2013

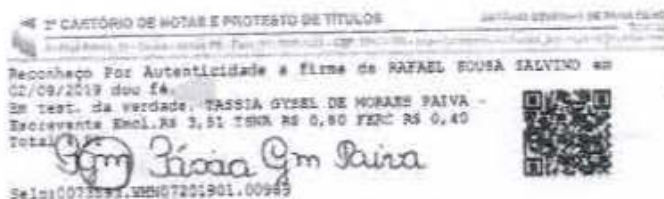
Placa: K1 L 0194 Chassi: 9C2KE1670DR505585

Data do Acidente: 27/08/2019

Local e Data: Itambé P.E

*RAFAEL SOUZA SALVEIRO
Assinatura do Declarante

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





Idade: 46

Nº Cartão SUS 401205061041116 Data de Nascimento: 10/06/77

Nome do Paciente: Monte M. Araújo Fds. Sexo: F Raça: Branca

Estado Civil: Casado Nome da Mãe: M. José A. dos Santos

Endereço: Rua das Hortênsias nº 349 Bairro: J. B. L.

Cidade: Homburg CEP: 65000-000 PSF:

Data do Atendimento: 27/07/19 Hora da Chegada: 22h30min.

Pré - Consulta:	P.A.:	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL:			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM:			Assinatura/Carimbo		
QUEIXAS/DIAGNÓSTICO: Fractura aberta que caiu da motocicleta e fraturou a mão esquerda! Lembrando segurar a mão!			EXAMES COMPLEMENTARES		
TRATAMENTO ① Ynepharm					
DIAGNÓSTICO ① Fractura exposta em mãos esquerda.			PROCEDIMENTO 01: 03100061		PROCEDIMENTO 03:
			PROCEDIMENTO 02:		PROCEDIMENTO 04:
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO					
ENCAMINHADO:			REMOVEDO:		
ÓBITOS ÀS: : MIN			DO DIA: - / - /		
DATA SAÍDA: / /		HORA DA SAÍDA: H. MIN.			
Assinatura do Médico Responsável			Assinatura/Carimbo CRM		



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Zuanele Maria Araújo Freire da Silva REG: 71912
IDADE: 46 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 28/07/19 DATA DA ALTA 23/08/19
DIAGNÓSTICO: Exposta de 3º e 4º MTC E
Abcesso em Mão E
Osteomielite crônica E

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 28/07/19 LC + DC + Drenagem de abcesso + sutura
03/08/19 LC + DC + sutura

ORIENTAÇÃO:

- ⇒ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- ⇒ PROCURAR AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PROXIMA DO DOMICÍLIO
- ⇒ USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- ⇒ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE _____
- ⇒ PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA ☒

PROGRAMA APÓS ALTA: Retorno em 15 dias
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS ALTA

NOME: Ivanete Maria Inacio Freire de Silva DATA NASC.: 26/06/1973
NOME SOCIAL: _____ REG: 71917
DIAGNÓSTICO: 28.7.15 Abcesso MCE E
DATA DE INTERNAMENTO: 28/7/15 DATA DA ALTA: 23/08/19

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

CURATIVOS SIMPLES:

- ☐ DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS;
- ☒ LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO OU COM ALCOL 70% PARA FERIDAS OPERATÓRIAS FECHADAS;
- ☒ NÃO USAR POMADAS, CREMES, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA;
- ☒ EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO;
- ☒ ANDAR E MOVIMENTAR-SE CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- ☐ OUTROS: _____

CURATIVOS ESPECIAIS:

- ☐ GAZE COM PETROLATUM (EX: ADAPTIC);
- ☒ ÓLEO DE GIRASSOL;
- ☐ HIDROGEL;
- ☒ OUTROS: Realizar Anestesia cl/ Soro fisiológico e
óleo de girassol

COMPARECER À EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES CASO:

- ☐ DOR ABDOMINAL QUE NÃO MELHORA COM AS MEDICAÇÕES;
- ☐ VÔMITOS PERSISTENTES;
- ☒ FEBRE PERSISTENTE;
- ☒ VERMELHIDÃO OU SAÍDA DE SECREÇÃO PELA FERIDA OPERATÓRIA;
- ☐ SE APRESENTAR TOSSE, NAÚSEA, DIFICULDADE EM RESPIRAR;
- ☐ OUTROS: _____

ORIENTAÇÕES COM OSTOMIAS:

- ☐ ESVAZIAR CONTEÚDO DE 6/6H OU CONFORME NECESSIDADE;
- ☐ LAVAR COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO;
- ☐ TROCAR BOLSA A CADA 7 DIAS OU CONFORME NECESSIDADE.

ORIENTAÇÕES COM SONDA NASO ENTERAL:

- ☐ HIGIENIZAÇÃO DO NARIZ E DA FIXAÇÃO CONFORME NECESSIDADE;
- ☐ LAVAR COM 10ML DE ÁGUA DEPOIS DE CADA DIETA;
- ☐ DEIXAR A CABECEIRA DA CAMA ELEVADA PARA ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO;





Nome Paciente: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DASILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/06/1973
Sexo: Feminino
Idade: 46
Senha: 0002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/07/2019 02:13 - 28/07/2019 02:16

PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VINDO DE ITAMBE SOFREU TRAUMA CONTUSO -PENETRANTE + 5 HORAS EM PUNHO ESQUERDO

Observação: HAS+ DM+

Programa sintoma: TRAUMA

Eliminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 97.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 145.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- TEMPERATURA(C): 34.50 °C

Obs. Sinais vitais no momento da chegada e no momento da saída.

Enfermeiro
Paula Fabiana Silva Andrade
Coren - 297613

Local
Sim () Não ()
Lesão de Pele
HMA - Hospital Miguel Arraes

RECEBIDO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/07/2019 02:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 488135

Data e Hora: 28/07/2019 02:19

Senha de Classificação:

0902

Paciente: 71917 IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 28/08/1973 Idade: 46 anos Convênio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS

Nome do Pai: JOSE ANTONIO DOS SANTOS

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ORTENCIAS

RUA DAS ORTENC 344

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAMBE

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente vítima de trauma corto-contuso em MMB esquerda
que evoluiu com fratura exposta de 3° e 4° MTCE

Exame Físico

RES, LOTE, apêndice, normocoriza, normocárdica
Tess. res
Lado de fraturas

Hipótese Diagnóstico

Fratura exposta de 3°, 4° MTCE

Prescrição Médica

1) Interno

2) Pres crevo

3) Dieta Zero

4) Ao Alco

Dr. Hugo Oliveira Rocha
Médico
CRM-PE 28.720

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha:



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: IVANETE MARIA

REG: _____

CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
16/08/19	# SOT # CC2.
11:00	HD: Fx exposta de 3º e 4º ATC @ INFECTADO DE PD.
	PO: 28/07: LL+DL+DIAGNÓSTICO + CULTURA.
	OXIG: LL+DL+DIAGNÓSTICO.
	PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIMAS.
	EBB, COTE, ESPANCA, AFE32L.
	# CD: AGUARDAR FIM DE ATB
17/08/19	# SOT #
13:00	HD: A AGUARDAR
	PO: O mesmo
	EVOLUI BEM, ESTÁVEL SEM QUEIMAS.
	(D) AGUARDAR ATB
18/08/19	# SOT # CC2
10:00	HD: A mesma PO: O mesmo.
	PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIMAS
	EBB, COTE, ESPANCA, AFE32L.
	# CD: AGUARDAR ATB
19/08/19	# SOT # CC2
	HD: A mesma PO: O mesmo
	PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIMAS
	EBB, COTE, ESPANCA, AFE32L.
	# CD: AGUARDAR ATB

672105



Ficha de Cirurgia Descritiva

Avízo de Cirurgia : 58337
Paciente : 71917
Convênio Atend. : 1
Leito : 556
Dt. Inicio : 28/07/2019 11:40
Cid Pré-Operatório : S823
Cid Pós-Operatório :
Sala : 0001 SALA 01
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-03
Dt. Fim : 28/07/2019 12:00
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO
Atendimento : 488136
Carteira :
Idade : 46 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408020539
Convênio: 001
Anestesia: 29
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIÃO 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
ANESTESISTA 15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA 3ª E 4ª METACARPO ESQUERDO + ABSCESSO
CIRURGIA: LC + DC + DRENAGEM DE ABSCESSO+ COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME
1º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA
2º AUXÍLIO: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DR MAIENA TENORIO
ANESTESIA: BLOQUEIO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
INCISAO EM FACE DORSAL DE MÃO ESQUERDA
OBSERVADO POUCA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA
4. REALIZADO DRENAGEM DE ABSCESSO
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA COM SF 0,9%;
7. REALIZADO COLETA DE FRAGMENTO OSSEO PARA CULTURA
8. SUTURA COM NYLON 3.0
9. CURATIVO;
10. OBSERVADO BOA PERFUSAO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

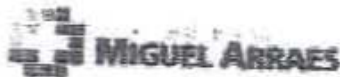
Descrição Complementar

03/09/19
CLAUDIVAN SOUSA
C. R. 15214

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Ivanete Maria Araújo Fielte da Silva REG: 71917
IDADE: 46 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 28/07/19 DATA DA ALTA 23/08/19
DIAGNÓSTICO: fx. exposta de 3º e 4º MTC
Abcesso em MTC
Osteomielite crônica F

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 28/07/19 LC + DC + Drenagem de abcesso + cultura
03/08/19 LC + DC + sutura

ORIENTAÇÃO:

- ⇒ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- ⇒ PROCURAR AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS PROXIMA DO DOMICÍLIO
- ⇒ USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- ⇒ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE _____
- ⇒ PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA (X)

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Unidade Unio

Paciente: _____

Registro nº _____

*Paciente Franca Maria Franco Lima da
Alfa, 46 anos, portadora de diabetes
e hipertensão arterial, encontra-se com
comprometimento e limitação de movimento
de membro superior esquerdo após trau-
matismo do mesmo decorrente de aci-
dente com motocicleta em 27.07.2019.
Com tempo, realiza tratamento para
osteomielite crônica decorrente de fratura
exposta de antebraço esquerdo, pelo trauma,
S 504*

*5498 Miguel Arrais de
5609*

*Dr. Periscilla Urquiza
Médica
CRM-PE 25930*

*M 866
Data: 28/07/19*





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210067700000074039875>
 Número do documento: 21021914210067700000074039875

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605570 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME DA MÃO ESQUERDA: APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL ENTRE O 2º E 3º METATARSOS DA MÃO ACOMETIDA DE 12 CM DE EXTENSÃO COM GRAVE RETRAÇÃO DE PARTES MOLES LOCAIS, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DO TERÇO MÉDIO DORSAL, ATITUDE DE HIPEREXTENSÃO DAS INTERFALANGEANAS DISTAIS DO 3º, 4º E 5º DEDOS, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 3º, 4º E 5º DEDOS EM 30º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 3º, 4º E 5º DEDOS GRAU II, DESVIO ROTACIONAL DO 2º DEDO EM 15º A NÍVEL DA INTERFALANGEANA PROXIMAL COM ATITUDE EM FLEXO DE 45º, HIPEREXTENSÃO EM INTERFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTO TENAR E HIPOTENAR DA MÃO ACOMETIDA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 1º E 2º DEDO GRAU II, AFIRMA DOR COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE GRAVE EM REGIÃO DO TERÇO MÉDIO DA MÃO ACOMETIDA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, PERMANECU EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 26 DIAS, DURANTE ESTE PERÍODO A MESMA EVOLUIU COM INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA (ABSCESSO) E DIAGNOSTICO DE OSTEOMIELITE, REALIZADO DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA NO ANO DE 2014 COM RELAÇÃO A TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605570 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º METACARPOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA + DRENAGEM DE ABCESSO. ALTA.
P 1/2/5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 9

**APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM SINISTRO ANTERIOR 3150072021.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Ivanete Maria Araújo Freire da Silva.
RG/CNH/CTPS: 9.828.464 CPF: 037.551.834-73
Profissão: Do lar
Estado Civil: Casada
End: Rua das Hortências nº 344 Centro Itambé
CEP: 55920.000

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Golana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima Ivanete Maria Araújo Freire da Silva.


Itambé - PE, 04 de SETEMBRO de 2019

Ivanete Maria Araújo Freire da Silva.
Assinatura por Autenticidade

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

Assinatura por Autenticidade e Firma de IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA em 04/09/2019 dou fe.
Em test. de verdade: TASSIA QYSEL DE MORAES PAIVA -
Escrivente Emcl. R\$ 3,51 TSNR R\$ 0,90 FERC R\$ 0,40
Total: R\$ 4,81

Selo: 0073593.MQW0721901.01108



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374410/19

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

CPF: 037.551.834-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/07/2019

Titular do CPF: IVANETE MARIA ARAUJO
FREIRE DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA : 037.551.834-71

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: 25/10/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



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: **3190605570**

Nome do(a) Examinado(a): **IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R DAS HORTENCIAS, 344 - CENTRO - Itambé - PE - CEP 55920-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9828461**

Data e local do acidente: [**27/07/2019**] **PEDRA DE FOGO PE**

Data e local do exame: [**11/11/2019**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA

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

AO EXAME DA MÃO ESQUERDA: APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL ENTRE O 2º E 3º METATARSOS DA MÃO ACOMETIDA DE 12 CM DE EXTENSÃO COM GRAVE RETRAÇÃO DE PARTES MOLES LOCAIS, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DO TERÇO MÉDIO DORSAL, ATITUDE DE HIPEREXTENSÃO DAS INTERFALANGEANAS DISTAIS DO 3º, 4º E 5º DEDOS, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 3º, 4º E 5º DEDOS EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 3º, 4º E 5º DEDOS GRAU II, DESVIO ROTACIONAL DO 2º DEDO EM 15° A NÍVEL DA INTERFALANGEANA PROXIMAL COM ATITUDE EM FLEXO DE 45°, HIPEREXTENSÃO EM INTERFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTO TENAR E HIPOTENAR DA MÃO ACOMETIDA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 1º E 2º DEDO GRAU II, AFIRMA DOR COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE GRAVE EM REGIÃO DO TERÇO MÉDIO DA MÃO ACOMETIDA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, PERMANECER EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 26 DIAS, DURANTE ESTE PERÍODO A MESMA EVOLUIU COM INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA (ABSCESSE) E DIAGNÓSTICO DE OSTEOMIELITE, REALIZADO DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional da mão esquerda

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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA NO ANO DE 2014 COM RELAÇÃO A TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CBO 3611
16037-16036



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB





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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605570

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15021916

Pag. 01649/01650 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605570

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00061/00062 - carta_02 - INVALIDEZ

00070031



Carta nº 15070598





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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605570

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00751/00752 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605570

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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\$ 7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001657**

Conta: **0000012564-1**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro do ASL: 3190 605570 3 - CPF da vítima: 037.551.834-71 4 - Nome completo da vítima: Ivanete Maria Araujo Freire da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Ivanete Maria Araujo Freire da Silva 6 - CPF: 037.551.834-71
7 - Profissão: Relatoeira 8 - Endereço: Rua das Hortêneas 9 - Número: 399 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Itambé 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: drosimonia.guiana@gmail.com 16 - Inscrição: 173626-3771

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 citados. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1657 CONTA: 12564 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 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 5.194/74.
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 ☐ 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 nascidos (naturais)? ☐ 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):
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: Itambé - PE 25.11.19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 037.551.834 - 71 4 - Nome completo da vítima: Francete Maria Araújo Freire da Silva

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

5 - Nome completo: Francete Maria Araújo Freire da Silva 6 - CPF: 037.551.834 - 71
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua das Hortêneas 9 - Número: 344 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Hamblé 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: antonio.yves.cordeiro@gmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 3626-3771

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0877 ☐ CONTA: 8586 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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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 do pedido.

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

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

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

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Hamblé - PE 25/10/19

Francete Maria Araújo Freire da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 818/2019

Aos VINTE E TRES dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o), do seu cargo, aí, por volta 11h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA, Identidade nº 9.828.461-SDS/PE, CPF nº 037.551.834-71, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de José Antonio dos Santos e Maria José Araújo dos Santos, natural de Timbaúba/PE, nascido(a) em 26/06/1973 (46 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Hortências, 344, tendo como ponto de referência: xxxxx, na cidade de Itambé/PE, fone(s) para contato: (81) 99196-0255.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 27 de JULHO de 2019;
- 3) HORÁRIO: 17h:0min;
- 4) LOCAL: Proximo a Caixa Econômica Federal, Centro, Pedras de Fogo/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma a noticiante que no dia 27/07/2019, conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, na cor vermelha, de placa KIL 0194 PE, RENAVAM 559755856, registrada em nome de Rafael Sousa Salvino, quando passava pela rua da Caixa Econômica Federal, ao desviar de um veículo que vinha em direção contrária, perdeu o controle da moto que conduzia, caindo ao solo; Que foi socorrida por um popular para o Hospital de Itambé/PE, de onde foi transferida para o Hospital Miguel Arraes, em Recife/PE.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digital.

Ivanete Maria Araujo Freire da Silva
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
Comunicante

Marcia Raissa de Almeida
Escrivã de Polícia Civil
Mat.: 154.876-0



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: 4 - Nome completo da vítima:

037.551.834 - 71

Marcelo Maria Augusto Freire da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Marcelo Maria Augusto Freire da Silva

037.551.834 - 71

Recusou

Rua das Hortêneas

344

Centro

Hamle

PE

55920-000

marcelo.maria.augusto@gmail.com

(81) 3626-3771

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0877 CONTA: 8586 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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 nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Hamle - PE 25/10/19

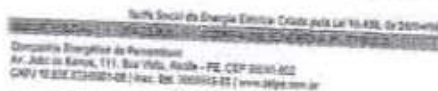
Marcelo Maria Augusto Freire da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





RUA DO DE CANASTÃO

CENTRO GOIANA
GOIANA PE
55005-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

GT2014634	UNICA	06/06/2018
06/06/2018	2001821518	4009401

2431363019	06/2019
20/08/2019	04/09/2019
	164,82

Consumo 40-50W/h
Antecio: Bateria AMARELA
Antecio: Bateria VERMELHA
Cabo: 1m, 2.5mm²
ICMS Inscrição: 022-NF 0046722-050419
Múltiplo: 40460-NF 0046722-050419
Amplificador: 0046722-050419
Amplificador: 0046722-050419
Amplificador: 0046722-050419

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	TOTAL (R\$)
100 unidades	0,79045172	79,045172
		2,00
		1,41
		20,00
		2,29
		4,16
		1,70
		1,00

154.02

FID REPORT DATE	TPO OR PROSEC OFF	ATTORNEY		JURY		JURY NO. 2	COMMENTS	A. NOTE	CONVICTED (YES) ELC
		DATE 04-07-2010	LETTER AT 2:00	DATE 04-04-2010	LETTER AT 1:00 PM				

[illegible][illegible]

ATENÇÃO! A CELPA INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

DOI: 10.1002/for

Inputs 2007-8	Outputs 2008-9	Total 100%	Inputs	Outputs	Total
------------------	-------------------	---------------	--------	---------	-------

[illegible]

	EXPENSE	SALES (REVENUE)	GROSS MARGIN	NET MARGIN	NET INCOME
100		1.00	0.60	0.50	10.00
250		1.25	0.75	0.67	16.25
500		1.50	0.75	0.50	25.00

Year	1999	2000
1999	281	281
2000	281	281

COMPTON COUNTY 20/08/2018 TOTAL 8 PAGES 28

184.82

83820000501-0 64820011002-3 43135301810 5 14172200000





Número: **0000763-87.2020.8.17.2770**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itambé**

Última distribuição : **25/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (AUTOR)		IAGO BERNARDO FILIZOLA CARRAZZONI (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75551284	19/02/2021 14:21	ANEXO 3	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, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287101

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 25/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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 16024267





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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287101

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 25/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01269/01270 - carta_05 - INVALIDEZ

00040635



Carta nº 16051511





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 037.551.834-71 4 - Nome completo da vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

5 - Nome completo: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA 6 - CPF: 037.551.834-71
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: Rua das Hortênsias 9 - Número: 344 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM BELA VISTA 12 - Cidade: ITAMBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81997029641

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0877 CONTA: 8586 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itambé, 09 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





Digitalizada com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0139000486

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/08/2020 às
12:27

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 26/7/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 1 - Bairro: CENTRO -
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NA ESQUINA DA
PRAÇA DO SKATE
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): DESCONHECIDO



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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS Pai: JOSE ANTONIO DOS SANTOS
Data de Nascimento: 28/6/1973 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 8 - Bairro: JARDIM BELA VISTA -
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): DESCONHECIDO, que estava em
posse do(s) Sr(s): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

QUEIXA-SE A VITIMA QUE ENQUANTO CAMINHAVA EM VIA PUBLICA FOI
ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE CONDUTOR E PLACA NÃO

Digitalizada com CamScanner

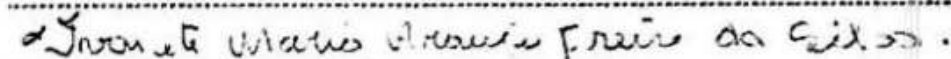


Ocorrência

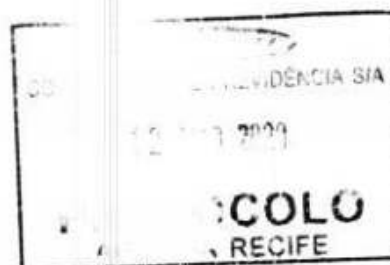
file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

IDENTIFICADOS. A VITIMA INFORMOU QUE NO MOMENTO DO FATO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA EQUILIBRAVA-SE APENAS EM UMAS DAS RODAS DA MESMA, VINDO ASSIM A PERDER O CONTROLE E ATROPELAR A VITIMA. A VITIMA NÃO FORNECEU MAIORES INFORMAÇÕES A RESPEITO DO OCORRIDO, DECLARANDO QUE NO MOMENTO DO FATO CAIU NO CHÃO E NÃO CONSEGUIU VISUALIZAR MAIS NADA, SENDO EM SEGUIDA LEVADA POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL NA CIDADE DE GOIANA-PE, DE ONDE NOVAMENTE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES NA CIDADE DE PAULISTA-PE

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



IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA - Matrícula: 2737272 

Digitalizada com CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 037.551.834-71 4 - Nome completo da vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

5 - Nome completo: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA 6 - CPF: 037.551.834-71
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: Rua das Hortênsias 9 - Número: 344 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM BELA VISTA 12 - Cidade: ITAMBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81997029641

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0877 CONTA: 8586 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itambé, 09 de agosto de 2020

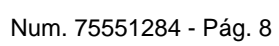
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 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

7º Sr. Bernardo Figueira Corrêa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 088445514-20 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Transte Maria Anny Fina de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.651.834/71

do sinistro de DPVAT cobertura JUALIZER da Vítima _____

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

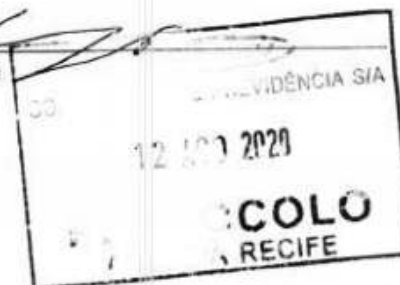
☒ Recuso informar

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 Santo Antônio</u>	Número: <u>35</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itambé</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55920-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Itambé 09 de Agosto de 2020

Assinatura do Declarante




DLDR.001 V001/2017

DECLARAÇÃO

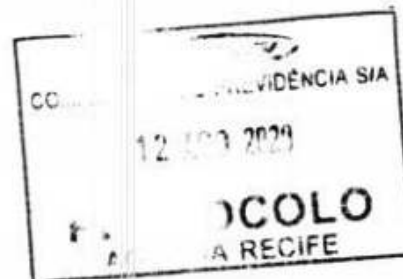
Corredor
Rede Bairro
Assessoria Social e Jurídica

Para fins de comprovação, declaramos que a Sra. IVANETE MARIA ARAÚJO FREIRE DA SILVA, inscrita no CPF nº 037.551.834-71 e portadora do RG de nº 9.828.461, vem efetuando compras entre o valor de R\$ 200,00 e R\$ 600,00 mensalmente, nesta empresa ABM DROGARIAS LTDA - ME, inscrita no CNPJ nº 18.913.697/0001-57, localizada na RUA JOSÉ VICENTE BARBALHO, 11 - CENTRO - ITAMBÉ-PE, desde o período de agosto de 2019 até a atual data.

Itambé, 28 de agosto de 2020


ABM DROGARIAS LTDA - ME
CNPJ: 18.913.697/0001-57
FONE: (81) 3635-2418

ABM DROGARIAS LTDA - ME
18.913.697/0001-57
R. JOSÉ VICENTE BARBALHO, 11 - LH
CENTRO - ITAMBÉ - PE
CEP: 55920-000



Abm Drogarias LTDA - ME
Rua José Vicente Barbalho, 11 - Centro - Itambé-PE, CEP 55.920-000
Tel: (81) 3635-2418, E-mail: fredebairro@gmail.com

Digitalizada com CamScanner





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 47 SEXO: F

DATA NASC: 26/06/1973

REG: 71917

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020 DATA DA ALTA: 27/07/2020

ATESTADO MÉDICO

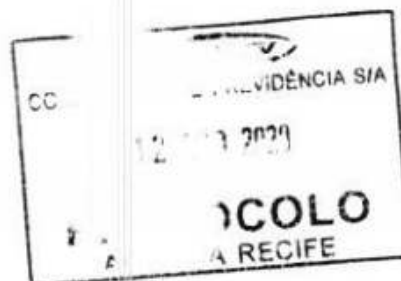
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço no dia **25/07/2020** necessitando de **60(SESSENTA)** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID. M: 86.6

Renata Fonseca
Ortopedista e Dermatologista
CRM-PE 22394

Médico

Paulista, 27/07/2020



Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

Digitalizada com CamScanner





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo: _____	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente 020471
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____	
Endereço Completo e Telefone: _____	

Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: Mauro Maria Souza
Endereço: _____


Prescrição: Tamoxifeno 20mg - 026
Tamoxifeno 20mg 8/8h
anda

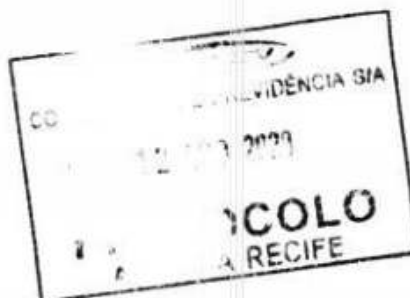
Identificação do Comprador	
Nome: _____	
Ident.: _____	Órgão Emissor: _____
End: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

Renata Fonseca
Osteopata
CRM-PT 22394

Médico	
CO: _____	VIDÊNCIA SIA
12/03/2021	
COLO	RECIFE
Assinatura do Farmacêutico Data <u>27/07/20</u>	



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
Nº 688 8144 B		 ITAMBÉ Fundação Municipal de Saúde de Hambé Rua José de Castro nº 84 - Centro - Hambé PE CEP: 55.417-685/001-47 CRM: 2.3531 Especialidade: Medicina		<i>Alparodan</i>	
Data: <i>31/01/2020</i>		Paciente: <i>Ysacete Maria de Araújo da Silva</i>		Quantidade e Forma Farmacêutica <i>0,2 cps</i>	
Dr. <i>Volnei Cavaleiro</i> Médico CRM: <i>13.377</i> Assinatura do Emissor		Endereço: <i>R. das Ventanilhas, 394</i>		Dose por Unidade Posológica <i>0,5 mg</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		Posologia <i>0,2 cp ao dia</i>	
Nome: _____		Nome do Vendedor: _____		Data: _____	
Endereço: _____		Órgão Emissor: _____			
Ident. nº: _____		JITE Gráfica - J.E.T.A. QUERES - ME - Rua Joaquim Nabuco, 18 - Torreão - PE - Fone: (81) 3431.3395 - CNPJ: 04.281.885/0001-42 - Insc. EST: 8897-19 60000001-10 - de 67861349 e 678654388 - Aut. VISA nº 263482022 em 06/07/2020			



Digitalizada com CamScanner



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 47 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020

DATA NASC.: 26/06/73

REG: 71917

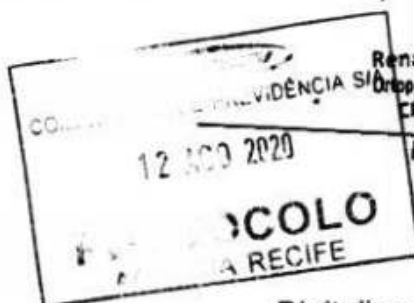
DATA DA ALTA: 27/07/20

Declaração

- Declaro para os devidos fins que
Ivanete Maria Freire da Silva
foi submetida a tratamento cirúrgico
de fratura 1/3 distal de rádio. E por
ter sofrido um abalo momentâneo no dia
25/07/2020, a paciente foi encaminhada
para nosso atendimento aqui em
Unidade Hospitalar Miguel Arraes
sendo atendida com urgência
e hoje ainda se queixando de fortes
dores em seu punho esquerdo. Sendo
em vista os laços dos laços e fratura
a mesma está incapacitada a qualquer
atividade laborativa.

CID: M86,6

07/08/2020



Renata Fonseca
Dra. em Dermatologia
CRM-PR 22394

Médico

Digitalizada com CamScanner





ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47
Nº Cartão SUS 40120150101044116 Data de Nascimento: 26/06/73
Nome de Paciente: IVANETE M. ARAUJO FREIRE Sexo: F Raça: PARANÁ
Estado Civil: CASADA Nome da Mãe: M. JOSE A. DOS SANTOS
Endereço: R. DAS HORTENÇAS n° 344 Bairro: JBVT
Cidade: ITAMBÉ CEP: 55200000 PSF: 1.662464
Data do Atendimento: 08/08/20 Hora da Chegada: 10h36 min.

Pré - Consulta:	P.A. <u>36x130</u>	PESO:	PULSO: <u>102</u>	TEMP. <u>36.6</u>	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL <u>Paciente chee entrecido com relato de cefaleia e dor no membro superior esquerdo</u>			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <u>atendido a uma lesão provocada por um acidente. SPO2: 98%. Paciente hipertensa.</u>			IZABELLA RAPOSA S. RAMOS Assinatura: <u>[assinatura]</u> CRM-PB 495589		
QUEIXAS/DIAGNOSTICO:			EXAMES COMPLEMENTARES		
TRATAMENTO <u>[assinatura]</u>			COLO... PREVIDÊNCIA SA 12/08/2020 COLO		
DIAGNÓSTICO		PROCEDIMENTO 01: 0301060064 <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 03: A RECE	
		PROCEDIMENTO 02: 0301100012 <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 04:	
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO					
ENCAMINHADO:			REMOVIDO:		
ÓBITOS ÀS: <u> </u> MIN			DO DIA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
DATA SAÍDA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		HORA DA SAÍDA: <u> </u> H. <u> </u> MIN.			
<u>[assinatura]</u> Assinatura do Paciente ou Responsável			Danilo Gonçalves do Carmo Clínica Médica / Cardiologia CRM-PB 9772 / PE 23486 Assinatura / Carimbo CRM		

Digitalizada com CamScanner





ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47 anos
Nº Cartão SUS 71014205100101414116 Data de Nascimento: 20/06/73
Nome de Paciente: Francisca da Graça Figueiredo Sexo: F Raça: P
Estado Civil: casada Nome da Mãe: Maria Rosa Figueiredo dos Santos
Endereço: R. das Antas nº 344 Bairro: J. D. Costa
Cidade: Itambé CEP: 55920000 PSF: Dr. Grouzog
Data do Atendimento: 25/07/2020 Hora da Chegada: 15 h 26 min.

Pré - Consulta:	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL <u>dores no abdômen</u>			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <u>[assinatura]</u>			Assinatura/Carimbo		
QUEIXAS/DIAGNÓSTICO:			EXAMES COMPLEMENTARES		
TRATAMENTO <u>Tratamento com ADE</u>					
DIAGNÓSTICO <u>Exame de urina</u>			PROCEDIMENTO 01: 0301060061 <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 03: <input type="checkbox"/>
			PROCEDIMENTO 02: 0301100012 <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 04: <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO			REMOVIDO: <input type="checkbox"/>		
ENCAMINHADO:			COLO RECIFE		
ÓBITOS ÀS: <u>1</u> MIN		DO DIA: <u>1</u>			
DATA SAÍDA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>2020</u>		HORA DA SAÍDA: <u>15</u> H. <u>26</u> MIN.			
Assinatura do Paciente ou Responsável			Assinatura / Carimbo CRM <u>Daniel Gonçalves do Carmo</u> Clínica Médica / Cardiologia CRM-PE 9772 / PE 23486		

Digitalizada com CamScanner





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 47 SEXO: F

DATA NASC.: 26/06/1973

REG: 71917

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020 DATA DA ALTA: 27/07/2020

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço no dia **25/07/2020** necessitando de **60(SESSENTA)** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID. M: 86.6

Renata Fonseca
Ortopedista e Reumatologista
CRM-PE 22394

Médico

Paulista, 27/07/2020



Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

Digitalizada com CamScanner





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 47

SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020

DATA NASC.: 26/06/73

REG: 71917

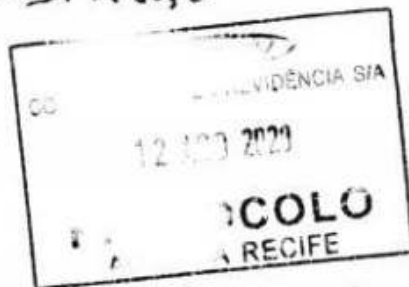
DATA DA ALTA: 27/07/20

Declaração

- Declaro para os devidos fins que
Ivanete Maria Freire da Silva
foi submetida a tratamento cirúrgico
de fratura em 1/3 distal de rádio. E por
ter sofrido um abalo momentâneo no dia
29/07/2020, a paciente foi encaminhada
para novo atendimento aqui em
unidade hospitalar onde a mesma
está sendo atendida com urgência
e hoje ainda se queixando de fortes
dores em seu membro superior direito.
Em vista os efeitos da fratura
a mesma está impossibilitada a qualquer
atividade laborativa.

CID: M86,6

07/08/2020



Renata Fonseca
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22394

Médico

Digitalizada com CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Paciente: Ivanete M^a Araújo Freire da Silva

Registro nº

Declaração médica

Declaro para os devidos fins, que a Paciente em questão, é portadora de deficiência nos dedos das mãos esquerdas, e sofreu atropelamento no dia 25/07/2020, dando entrada no Hospital em Itambé, logo sendo atendida por mim. Paciente tem uma lesão importante em punho @, a qual precisará de encaminhamento para ortopedia. Hoje a paciente se mantém com pinos em estrutura ósea e com dificuldade de locomoção do membro.

Dapão Gonçalves do Carmo
Clínica Médica e Cardiologia
CRM-PB 8777/PE 23486

Data: 08/08/2020



Digitalizada com CamScanner

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47
Nº Cartão SUS 1101210510110447116 Data de Nascimento: 26/06/73
Nome de Paciente: IVANETE M. ARAUJO FREIRE Sexo: F Raça: PARD
Estado Civil: CASADA Nome da Mãe: M. JESUS A. DOS SANTOS
Endereço: R. DAS HORTENCAS n° 344 Bairro: J.B.V.T.
Cidade: ITAMBÉ CEP: 55900000 PSF: 1.6617464
Data do Atendimento: 08/08/20 Hora da Chegada: 12h36 min.

Pré - Consulta:	P.A. <u>36x10</u>	PESO:	PULSO: <u>102</u>	TEMP. <u>36.6</u>	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL <u>Paciente que entrou com relato de epiforia e dor no membro superior esquerdo</u>			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <u>devido a uma lesão provocada por um acidente. SpO2: 96%. Paciente hipertensa.</u>			<u>IZABELLA TAVARES RAMOS</u> Assinatura: <u>EDMUNDA</u> CORREÇÃO: <u>155599</u>		

QUEIXAS/DIAGNOSTICO:	EXAMES COMPLEMENTARES
----------------------	-----------------------

TRATAMENTO

Aspirina

DIAGNÓSTICO	PROCEDIMENTO 01: <u>0301060061</u> <input type="checkbox"/>	PROCEDIMENTO 03:
	PROCEDIMENTO 02: <u>0301100012</u> <input type="checkbox"/>	PROCEDIMENTO 04: <u>VIDÊNCIA SIA</u>

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO: REMOVIDO: 12/08/2020
GOLO
RECIFE

ÓBITOS ÀS: MIN DO DIA:

DATA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA: H. MIN.

Ivanete Maria Araújo Freire da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

Danilo Gonçalves do Carmo
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-PB 9772 / PE 23486
Assinatura / Carimbo CRM





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47 anos
Nº Cartão SUS 71014205100101414116 Data de Nascimento: 24/06/73
Nome de Paciente: Francisco José Gomes de Sá Sexo: F Raça: P
Estado Civil: Casado Nome da Mãe: Maria Rosa Gomes dos Santos
Endereço: R. das Antas nº 344 Bairro: J. B. Costa
Cidade: Itambé CEP: 55920000 PSF: J. Gomes
Data do Atendimento: 25/07/2020 Hora da Chegada: 15 h 26 min.

Pré - Consulta:	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL Dor no peito			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: [Assinatura]			Assinatura/Carimbo		
QUEIXAS/DIAGNOSTICO:			EXAMES COMPLEMENTARES		
TRATAMENTO 1. Aspirina 100mg + ADE 2. Tildiem 150mg + ADE 12/07/2020					
DIAGNÓSTICO Infarto agudo do miocárdio			PROCEDIMENTO 01: COLO 0301060061 <input type="checkbox"/> RECIFE PROCEDIMENTO 02: <input type="checkbox"/> 0301100012 <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO 03: PROCEDIMENTO 04:		
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO					
ENCAMINHADO:			REMOVIDO:		
ÓBITOS ÀS: MIN			DO DIA: / /		
DATA SAÍDA: / /		HORA DA SAÍDA: H. MIN.		 Danilo Gonçalves do Carmo Clínica Médica / Cardiologia CRM-PE 9772 / PE 23486 Assinatura / Carimbo CRM	
Assinatura do Paciente ou Responsável					





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Paciente: Isorete Moura de Araújo da Silva

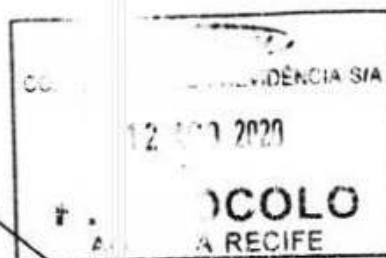
Registro nº _____

uso oral

① A Leigotex xarope

01 Frasco

tomar 30ml, de 32/32h, por 5 dias.



Dr. Vinícius Carvalho
Médico
CRM-PB 13.377

Data: 21/02/2020

Digitalizada com CamScanner





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo: _____	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____	020471
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: Mauro Maria Souza
Endereço: _____

Prescrição: Tramadol 50mg - 024
Tramadol 50mg 3/8h
usada

Identificação do Comprador	
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

Renata Fonseca
Orç. e Contabilidade
CRM-0722394

Médico

CC

12 AGO 2020

COLO

RECIFE

Assinatura do Farmacêutico Data: 27.07.20





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZONI

FILIAÇÃO

PASCOAL JANUARIO FELIZOLA CARRAZONI
MARIA JOSE BERNARDO DA SILVA

NATURALIDADE

ITAMBÉ-PE

RG

8861390 - SDS/PE

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

02/08/1992

CPF

088.475.514-20

VIA

EXPEIDIDO EM

01

04/03/2015

VITAL BEZERRA LOPES
PRESIDENTE



Scanned with CamScanner



USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



ASSINATURA DO PORTADOR

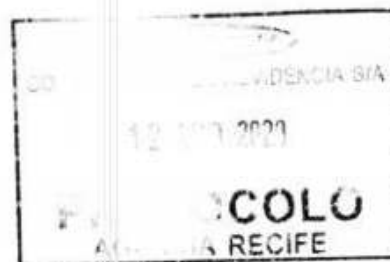


12347051



OBSERVAÇÕES





Scanned with CamScanner





Digitalizada com CamScanner

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDADE

Nº 9.828.461 DATA DE EMISSÃO 21/10/2013

Nome: << IVANETE MARIA ARAÚJO FREIRE DA SILVA >>

Parente: << JOSE ANTONIO DOS SANTOS >>
<< MARIA JOSE ARAÚJO DOS SANTOS >>

Local de Nascimento: TIMBAÚBA - PE DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1973

CPF: << 075218 01 55 2013 2 00028 067 >>
0001150 79 ITAMBÉ-PE >>

Telefone: 037.551.834-71

F-53 6.763 - 3413

PREVIDÊNCIA SIA

12/02/2021

COLO

RECIFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200287101 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200287101 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME : IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
NACIONALIDADE : BRASILEIRA
ESTADO CIVIL : CASADA
PROFISSAO : DO LAR
Nº DO RG: 9.828.461 SDS/PE
Nº CPF : 037.551.834-71
ENDEREÇO : RUA DAS HORTÊNSIAS 344, JARDIM BELA VISTA I, ITAMBÉ-PE CEP: 55.920-000

OUTORGADO :

NOME : IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI
NACIONALIDADE : BRASILEIRO
ESTADO CIVIL : SOLTEIRO
PROFISSAO : ADVOGADO
Nº DA OAB: 20.705 - PB
Nº CPF : 088.475.514-20
ENDEREÇO : RUA SANTO ANTONIO, 39 CENTRO, ITAMBÉ-PE

PODERES :

Para requerer o seguro DPVAT, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária. Sendo vedado o substabelecimento desta procuração.

Itambé, 09 de agosto de 2020.

Ivanete Maria Araújo Freire da Silva.
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
037.551.834-71

