



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
75550 479	19/02/2021 14:21	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	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: 00000008586-4

---

Nr. da Autenticação 7CCA21F377F85109



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

Num. 75550479 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6174653

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.: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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%**

<b>Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =</b>	R\$	<b>4.725,00</b>
--	-----	-----------------

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
---------------	-----	-------------

<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
---------------	-----	-------------

<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>
-------------------------	-----	-----------------

**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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## Declaração

Eu, INÁCIO G. MARIA, ABUSO, TRIGIDE e DA SILVA, declaro  
que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em  
117 / 10 / 34, fui socorrido por 20002085  
e encaminhado ao hospital 20002085

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 registo de ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instalado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não posso 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.**

<sup>14</sup> 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.

**Pena: 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 60160114 UF: RE Data: 26/12/2014

Assinatura: *Elizete Maria Afonso da Cunha*

www.tracker.com

03 FEV 2015

RECEB

Nome: [REDACTED]





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JUANNE G. MARIA AZAÚSO FREIRE DA SILVA

RG nº 9.8.28.461, data de expedição 21/10/13, Orgão SDS-PE,

CPF nº 0.37.553.834-31 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	QDA DAS MIGRANCIAS
Número	344
Apto / Complemento	
Bairro	ITAMBI
Cidade	ITAMBI
Estado	PERNAMBUCO
CEP	55320-000
Telefone de Contato	(83) 9448-5892 / 9673-9425
E-mail	juanne.azauso.4@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Goiânia, 16/10/14

Assinatura do Declarante: *Phanete Maria da Silva*

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







DOCUMENTACION MEDICO HOSPITALARIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RECEITUÁRIO

SAÚDE BUCAL

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ Registro nº \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Declaratio-

Declaro para decretar que a  
sra. Ivonete Maria Travé Freire da  
41 anos, nesse um acidente automóvel  
(metrô), onde atendida nesse unidade no  
17/10/14, com muita dor no punho E, foi

combinada para uma analgesia antipródica.

Dr. Miguel Ángel  
Hosp. Miguel Ángel  
Data: 12/11/16

Data: 21, 21, 16

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

100





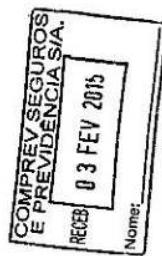
596

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO	
NO <sup>ME</sup> : <u>J VIANESE MARYA A Freiho S</u>	NR <sup>IGO</sup> : <u>REGISTRO: 71917</u>
IDADE: <u>46</u> SEXO: <u>F</u>	DATA DA ADMISSÃO: <u>01/10/2014</u> DATA DA ALTA: <u>11/14</u>
DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: <u>FATIGA DE EFORTE E DOR MIGRAÍNA</u>	
DISSA DE SAÍDA	
TRATAMENTO REALIZADO:	
<u>ESTOQUE DE MEDICAMENTOS COM PINTURA PERMANECE</u>	
PRO <sup>TE</sup> ICO <sup>NS</sup>	USO O <sup>PC</sup> ON
<u>② Pregnenol 500 mg 1x1</u>	
<u>Tomar 1x100 mg 5x1s</u>	
ORIENTAÇÕES:	
<u>- Prazo Reenvio NÃO PERTINENTE</u>	
<u>- AO OR<sup>GEN</sup>ISTA</u>	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
RECEB	<u>03 FEV 2015</u>
Nome:	
PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:	
AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL	
DR. FAGNER ATHAYDE Ortopedia e Traumatologia	
ASSINATURA MÉDICO E CRM	
ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS	





RECEITUÁRIO	
<u>Trancoso</u>	<u>Centro em Trancoso</u>
<u>Centro de Trancoso</u>	<u>Centro de Trancoso</u>
<p>CPF dos Pais Visitante</p> <p>Dr. Juliano Machado Professores de Reprodução e Fertilidade em Sertão no Sul do Ceará Mais 03 Humanos. Mas Total de pessoas de maior 60 de 02 Dr. Juliano Machado CD: 552/2988 Dr. Juliano Machado 20/11/14 Dr. Juliano Machado O LEITE MAVERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO.</p>	



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

RA: 62502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos 4 meses 5 dias Sexo: F  
Entrada: 31/10/2014 18:34:19  
Unidade: MIA-HOSPITAL MIGUEL ARAUJO - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontuário: 71917 Cód.SUS: Local de Entrega: FV02-  
EMERGENCIA VENDE: 02  
Coleta Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data de Nascimento: 12/05/1973

## HEMOCRITICO

Resultado Atual  
Unidade: mL/dL  
Homens: 38,0 a 50,0  
Mulheres: 36,0 a 46,0

## ERITROGRAMA

Resultado Anteriores  
Unidade: 10<sup>6</sup>/µL  
Homens: 4,1 a 5,4  
Mulheres: 3,9 a 5,4

## LEUCOGRAMA

Resultado Anteriores  
Unidade: 10<sup>3</sup>/µL  
Homens: 4,0 a 10,0  
Mulheres: 3,0 a 7,0

## PLAQUETAS

Resultado Anteriores  
Unidade: 10<sup>3</sup>/µL  
Homens: 150.000 a 450.000/µL  
Mulheres: 100.000 a 350.000/µL

## IP - TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado: 11,7 seg.  
Unidade: seg  
Método: AUTOMÁTICO - CONGULOMETRICO

## INR

Resultado: 1,13  
Unidade: -  
Método: AUTOMÁTICO - CONGULOMETRICO

## Materias: SANGUE

Unidade: mL  
Método: AUTOMÁTICO  
Data Assinatura: 31/10/2014 19:14:44

## Exames Assinados Eletronicamente

## Nome:

COMPREVE SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS.  
RECEB 03 FEV 2013

Nome:





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

### ATESTADO MÉDICO

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

Ismael Luiz Araújo Ferreira foi atendido (a) neste

Serviço no dia: 11/01/14 CID: 352

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 Julho de 2014  
Dr. Juliano Vilela Machado  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 11519 / CRF-PE 11519 / CBO 11519 / CFC 11519  
Médico

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS SA.  
RECEB 03 FEV 2015  
Nome: \_\_\_\_\_





	<b>HOSPITAL MIGUEL ARRAES</b>
	<b>PRAIANO</b>
<b>REGISTRO.....: 11617</b>	<b>Idade: 41</b>
<b>PACIENTE.....: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA</b>	<b>SEXO: FEMININO</b>
<b>NASCIMENTO: 7/6/1973</b>	<b>MAE.....: MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS.</b>
<b>ENDEREÇO....: VILA A, NÚMERO: 344</b>	<b>BAIRRO.....: CENTRO</b>
<b>CIDADE.....: PIAUÍ</b>	<b>CIDADE.....: PIAUÍ</b>



 HOSPITAL <b>MIGUEL ARRAES</b>	 <b>IMIP</b>	<b>RECEITUÁRIO</b>
<p>Recolhimento de leite materno para bebê de duas minas de leite suplementar de seis é suspenso temporariamente devido ao risco de</p>		

*[Handwritten signature]*

<b>COMPRE Y SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</b>
<b>RECEB 03 FEV 2015</b>
<b>Name:</b>

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES  
PERNAMBUCO



### ATESTADO MÉDICO

Alesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)  
*Fábio Henrique A. França*  
foi atendido (a) neste

Serviço no dia: 31/10/94 CID: 552

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

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros: \_\_\_\_\_

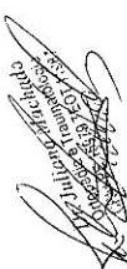
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC#
03 FEV 2015
Name: _____

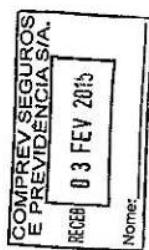
Paulista, 31 de 10 de 20 14

*Dra. PASNER ATHAIDE*  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico





<b>CONTROLE DE ALTA</b>	
Nome: <u>Francisco Henrique da Silva</u>	Idade: <u>41</u>
<input type="checkbox"/> ALTA DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> ALTA TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA AMBULATORIO	
DATA: <u>12/02/2015</u>	HORA: <u>11:00</u>
	
Assinatura e Carimbo do médico	
 Dr. Juliano Machado Juliano Machado Cirurgião-Dentista CRM-PE 13.339 CRM-D 10.010	





<b>RA:</b> 0502926 - IVONETE MARIA ARAUJO Dr. (s) : TLE/GRUVEL Unidade : HOSPITAL MIGUEL ARAUJO - Posto: 000006 - DIRECCIONA PRENTUÁRIO: 71917 Cód. SUS: Local de Entrega: EV02-19 Endereço: Rua: ALFREDO LIMA VIEIRA, 02 Cidade: Recife UF: PE Data de Nascimento: 25/06/1973		IMIP - Hospital Miguel Araujo Estrada da Fazendinha S/N Jaguaribe Paulista - PE CEP: 53413-000	
<b>TPA- TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA</b>			
Resultado	26,9	Valor do Referência:	De 22,0 a 31,8 Seg
Tempo	0,99	De 0,50 a 1,25	
Relação Paciente/Controle	26,9	Método: AUTOMÁTICO - COAGULÔMETRICO	Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:46
Material: PLASMA		Unidade: mL	
URÉIA	16 mg/dL	Unidade: mg/dL	Unidade: mL
Resultado	16 mg/dL	Valor de Referência:	De 3 a 36 mg/dL
		De 1 a 3 anos: 10 a 36 mg/dL	
		De 4 a 13 anos: 15 a 36 mg/dL	
		De 14 a 19 anos: 18 a 45 mg/dL	
		Homem até 50 anos: 19 a 35 mg/dL	
		Homem acima de 50 anos: 18 a 35 mg/dL	
		Mulher até 40 anos: 15 a 40 mg/dL	
		Mulher acima de 40 anos: 20 a 43 mg/dL	
Material: UO		Método: UREASE	
		Unidade: mL ANA CARLA ALVES DE MELLO Endereço: Rua: ... Cidade: ... UF: ... CEP: ... Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:43	
<b>COMPREV SÉGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</b> <b>RECEB 03 FEV 2015</b>			
<b>Nome:</b> <b>Exames Assinados Eletronicamente</b> <b>"Horário Oficial de Recife"</b> <b>"Assista não Cestada pelo Laboratório"</b> <b>"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com achados clínicos"</b> <b>Laboratório participante do programa PELD da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica</b> <b>Rua: Dr. João Tavares de Melo, 57 Pequenos 5330-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: Dr. LICIANO ALVES CRIVELI</b> <b>Data da impressão: 01/11/2014 09:21:13 Páginas: 3/3</b>			

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

RA: 62502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos 4 meses 5 dias Sexo : F  
Dr.(a) N. ILEGUEL  
Unidade: MIA-HOSPITAL MIGUEL ARAEUS - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontuário: 71917 Cid.SUS: Local de Entrada: EV02-  
EMERGENCIA VERDE 02  
Cotaia Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data do Exame: 25/09/1973

CREA 1 UNA

Resultado  
0,63 mg/dL

Valor de Referência:  
Homens: 0,72 a 1,25 mg/dL  
Mulheres: 0,57 a 1,11 mg/dL

Material: SORO

Método: SELETIVO

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

POTÁSSIO

Resultado  
3,9 mmol/L

Valor de Referência:  
Homem: 3,7 a 4,5 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

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

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S.A.  
RECIS 03 FEV 2015

Nome:

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Recolhimento"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros exames"

"Aeroporto: Dr. João Tavares de Souza, S/n, Páx. 52, 5230-050 Olinda - PE - Recife/PE Telefones: (81) 3211-4700 Atendimento 24h"

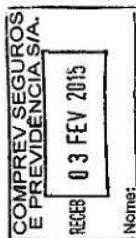
"Data da impressão: 01/12/2014 09:21:13 Página: 1"



DR JORGE VASCONCELOS NEVES

CLÍNICO GERAL - CRM - 4428/PE.

Avant Marie Arapó F. da Jí'l.  
Vitória da cachaça e moju.  
Por dentro da tacca clássica.  
Por volta das 4 horas e meia de  
véspera pive trocai da tacca  
pelos fios de Kirsch.  
Amito fio de mola de 100 milímetros.  
Peceta e a borda f. 11 milímetros.  
Funcional para o punho e  
elástico da punha para a  
mão, em prumo fundo e  
toco e fio de mola  
da borda.



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

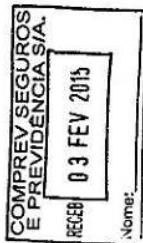
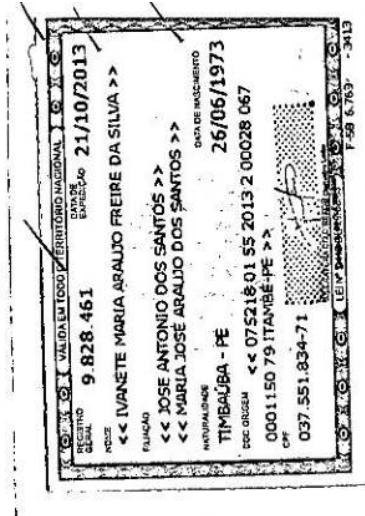


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

Num. 75550479 - Pág. 19

ASPL-003649/15

DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN



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=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

Num. 75550479 - Pág. 20







#### PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

Seguradora Lider dos

Consórcios do Seguro DPVAT

#### SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-0036497/2015

#### QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO  
Seguradora: COMPREV SEGUROS E  
Seguradora: PREVIDÊNCIA S/A  
CPF da Vítima: 037.551.634-71

#### DOCUMENTOS SINISTRO

Boletim de ocorrência

#### DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

#### CONTATO

Nome:

Telefone:  
Celular:

Aviso de sinistro provisório por instituição na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à constituição da requisição do sinistro.

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





Nº DO SINISTRO	AUTORIZAÇÃO	AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO	BARCODE	CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

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, operação para o limite de movimentação financeira mensal;
  - Conta POUPIANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
  - Conta a 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 no site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPPVAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
  - Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

01/01/2013	Nome: _____
Nº do BANCO _____	Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)	

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO 2021 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0321 -033 N° da CONTA (com dígito, se existir) 08586-4

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

ATENÇÃO

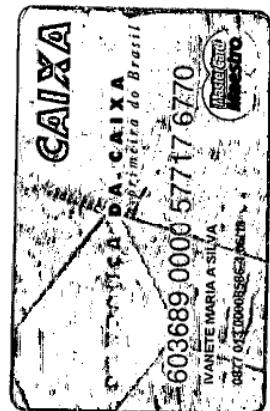


• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação da data do seguro) e de R\$11.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme as sequelas e de 0 a 100% da capacidade de trabalho).

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurotransporto.com.br](http://www.dpvatsegurotransporto.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-02...

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

Núm. 75550479 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

Num. 75550479 - Pág. 25



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049º CIRCUITO  
ITAMBÉ - DP49-CIRC DINTER/11ª DESEC



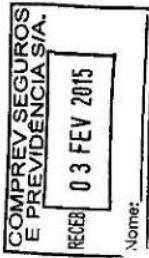
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15EO139000060

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

Complemento o BO Número: 14EO139001265

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Cuidoso (Consumado)  
que aconteceu no dia 17/12/2014 às 10:40

Fato ocorrido no endereço: RUA HORTENCIAS, 4, EM FRENTE AO NUMERO 344 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA



Pessoal(s) envolvidos(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (Autor/Agente)  
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos(s) na ocorrência:

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino  
Naturalidade: MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS PA: JOSE ANTONIO DOS SANTOS  
Data de Nascimento: 23/06/1972 Naturalidade: TIMBAUÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
98284671535PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escoradade: 3º, GRAU COMPLETO Pronssão:  
PROFESSOR(A)

Endereço Residencial: RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM BELA VISTA -  
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvidos(s)

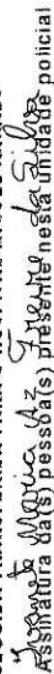
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) IVANETE MARIA ARAUJO  
FREIRE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE  
da Silva  
Cadeira/Marca/Marca: MOTOCICLETA YAMAHA YBR Objeto apreendido: N/A  
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KF589966 (PERNAMBUCANO INFORMADO) Renavam: 397301676 Chassi:  
ACSK661970221233  
Ano Fabricação/Modelo: 2006/2007 Bultim de Usabilidade: 10/2020  
Descrição: MODELO: 125 E



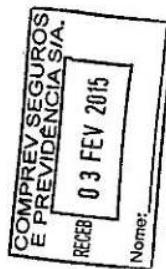
## Implemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE QUANDO SAIU DE SUA RESIDENCIA PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA E VINDO A CAIR NO CHAO. SOPRENDO ASSIM VARIAS LESOES. A VITIMA RELATA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE ITAMBE, LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS

  
Assinatura da(s) pessoa(s) presente(s) nessa Unidade policial

IVONETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSENILDO DA SILVA PEREIRA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 14E0139001265

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

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

Fato ocorrido no endereço: RUA HORTENCIAS, 2, EM FRENTE AO NUMERO 344 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL

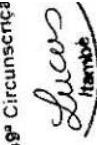
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoal(s) envolvidos(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvidos(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: JOSE ANTONIO DOS SANTOS  
Data de Nascimento: 28/6/1972 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
3823461/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3º GRAU COMPLETO Profissão:  
PROFESSORA  
Endereço: 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: (UNIDADE NAO INFORMADA)

Descrição: MODELO: 125 E

Complemento / Observação



14/11/2015





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

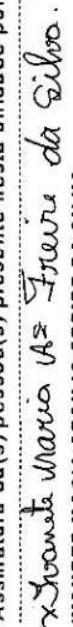


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

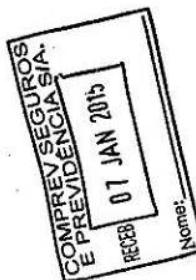
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

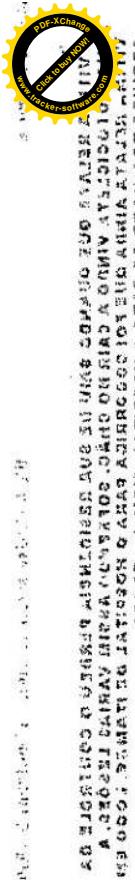
VITIMA RELATA QUE QUANDO SAIU DE SUA RESIDÊNCIA PERDEU O CONTROLE DA MOTOQUEIRA VINDO A CAIR NO CHÃO, SOFRENDO ASSIM VARIAS LESÕES. A VITIMA RELATA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE ITAMBE, LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES

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

  
Ivonete Maria Araujo Freire da Silva.  
IVONETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUCAS HENRIQUE DO NASCIMENTO - Matrícula: 273213-0





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872  
Número do documento: 21021914210039800000074039872





CERTIDO DE INEXISTENCIA DE IMI  
\*1084029\*



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
BINTER-1 / GCOL-1 / 11º DESEC(Goiana)  
DELEGACIA DE POLICIA 46º CIRCUNSCRIÇÃO DE TIMBAÚBA/PE

## CERTIDÃO

Eu, Lincoln Miguel da Silva, Escrivão de Policia, 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(I.M.L) nas cidades abaixo relacionadas:

- CONDADO/PE; GOIANA/PE; ITAMBÉ/PE; FERREIRÓS/PE;  
CAMUTANGA/PE; TIMBAÚBA/PE; MACAPRANA/PE;
- ALIANÇA/PE; VITÉNCIA/PE; BUENOS AIRES/PE; NAZARÉ DA  
MATA/PE; ITAQUITINGA/PE; TRACUNHAÉM/PE;  
CARPINA/PE; PAUDALHO/PE; LAGOA DO CARRO/PE e LAGOA  
DE ITAENGAS/PE;

Dada e passada no cartório desta 46º 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 Policia  
Mat. 272.947-4



03 FEVEREIRO DE MIL E QUARENTA E QUATRO DE MIL E QUINZE  
COMPREVSEGUROS  
E PREVIDÊNCIASA  
RECEB

  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE NOTICIA 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 - 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

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

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210039800000074039872>  
Número do documento: 21021914210039800000074039872

Num. 75550479 - Pág. 33

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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 sequelas

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### 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** 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

### 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
75551 282	19/02/2021 14:21	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	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](http://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 Ouvilíder: 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSÍGUO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Isaíá Guilherme mangabeira de Barroso

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 093.562.324, 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Isamete Maria Graciano Freire da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.551.834, 71

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Isamete Maria Graciano Freire da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.551.834, 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

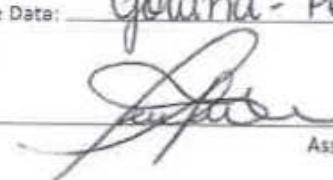
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

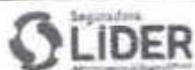
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Rua Duque de Caxias</u>	Número:	<u>170</u>	Complemento:	<u>10</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>anverseria.goianna@gmail.com</u>			CEP:	<u>55900-000</u>

Local e Data: João Pessoa - PE 25/10/2019

  
Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4030-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 85 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvilória: 0800 021 91 35

Eu, Rafael Souza Salvinho,  
RG nº 9.112.129, data de expedição 30/03/2016  
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 177.301.694-86  
com domicílio na cidade de Itambé, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua do Almeida, 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 Franci Maria Araújo Freira da Silva, cujo o condutor era Rafael Souza Salvinho.  
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/99 150 FAN Ano: 2013  
Placa: K1L0194 Chassi: 9C2KE1670DR505585  
Data do Acidente: 27/08/2019

Local e Data:

Itambé - P.E

Rafael Souza Salvinho

Assinatura do Declarante

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

Nº 2º CASTÓRIO DE NOTARIA E PROTESTO DE TÍTULOS  
Reconheço Faz Autenticidade a firma de RAFAEL SOUSA SALVINHO em  
02/09/2019 deu fá.  
Em test. da verdade. TRASSIA GISELL DE MORAES PAIVA -  
Excedente. Emol. R\$ 3,51 ISRA R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40  
Total R\$ 4,75  
Selos:0073555,WM507201901.00949  
99m Trássia Gm Paiva





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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº Certidão SUS 4012054610016 Data de Nascimento: 10/01/73  
Nome de Paciente: Tianguá L. Araújo Edade: 46 Sexo: F Raca: branca  
Estado Civil: casado Nome da Mãe: L. Jeni A. dos Santos  
Endereço: Per. Dos Uruçubas nº 344 Bairro: J. B. L.  
Cidade: Itambé CEP: 49600-000 PSF: \_\_\_\_\_  
Data do Atendimento: 27/07/19 Hora da Chegada: 12h50min.

Pré - Consulta:	P.A.:	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
-----------------	-------	-------	--------	-------	-----------

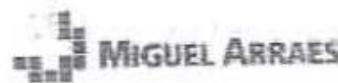
QUEXA PRINCIPAL: **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**  
( Vermelha ( Amarela ( Verde ( Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM: **Assinatura/Cartimbo**

QUEIXAS/DIAGNÓSTICO: **EXAMES COMPLEMENTARES**

Problema: saiu de casa de  
motocicleta e fez lesão no joelho  
sentindo dor no joelho

TRATAMENTO: **④ Virei para casa**



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Zuanele Maria Arcujo Ferreira da Silva REG: 71917  
IDADE: 26 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 29/07/19 DATA DA ALTA 25/08/19  
DIAGNÓSTICO: FS exposta de 3º e 4º MTC F  
Abcesso em MTC F  
Osteomielite crônica F

### 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 PRÓXIMA 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 EGRESO: SIM  NÃO   
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



## ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PÓS ALTA

NOME: Juventina Maria Andrade Freire da Silveira DATA NASC.: 26/06/1943  
NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ REG: 71917  
DIAGNÓSTICO: Acidente Vascular Cérebro  
DATA DE INTERNAMENTO: 28/7/15 DATA DA ALTA: 23/08/15

### ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

#### CURATIVOS SIMPLES:

- DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS;
- LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM ÁGUA E SABÃO NEUTRO OU COM ALCOOL À 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: Realiza enemas e sonda fisiológica e  
úlio bucal

#### 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:

- EVAZIAR 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 ARALHO 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	
Excluidor(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. FONTE: LIGERAMENTE INJERIDA NO PUNHO ESQUERDO  
 LOCAL: PUNHO ESQUERDO  
 Lesão de Pele: SIM  
 HMA - Hospital Miguel Arraes  
 Enfermeiro: SARA FERREIRA  
 Data: 28/07/2019  
 hora: 02:13

KEVINDO  
 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 da Classificação:

0002

Paciente: 71917 IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILV. Sexo: FEMININO  
Nome Social:  
Data do Nascimento: 26/06/1973 Idade: 46 anos Convenio: 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: 12345  
Endereço: ORTENCIAS - RUA DAS ORTENCIAS 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: \_\_\_\_\_

Qüixa Principal

IVANETE VITIM. de trauma contuso em Mão esquerda  
que evoluiu com fratura exposta de 3º e 4º MTCE

Exame Físico

RES, TOLTE, epática, mamocorácte, normo-ardorosa  
Tec. cut. 1  
levo de feridas

Hipótese Diagnóstico

Fratura exposta de 3º, 4º MTCE

Prescrição Médica

1) Interno

2) Prescrevo

3) Dieta Zero

4) Ato Now

Dr. Helder Nunes Ribeiro  
CRM-PE 26.720

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de Internação





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: IVANETE MARIA REC: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
16/03/19	# SOT # CC2.
11:10	HD: FE EXPOSTA DE 3 <sup>o</sup> E 4 <sup>o</sup> MTC. INFECÇÃO DE FD. PO: 28/02: LCL+DC+DRENAGEM + CULTURA. 09/03: LCL+DC+ CULTURA. PACIENTE ESTABIL, SEM QUADROS. BB, CSTE, ESPNECA, AFEBIL. # GD: AGUANDA FIM DE ATB
17/03/19	# SOT # CC2
13:40	HD: A mesma PO: O mesmo. PACIENTE ESTABIL, SEM QUADROS. BB, CSTE, ESPNECA, AFEBIL. # GD: AGUANDA ATB
19/03/19	# SOT # CC2
	HD: A mesma PO: O mesmo. PACIENTE ESTABIL, SEM QUADROS. BB, CSTE, ESPNECA, AFEBIL. # GD: AGUANDA ATB

07/03/2021



Aviso de Cirurgia : 58337  
Paciente : 71917  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 556  
Dt. Início : 28/07/2019 11:40  
Cid Pré-Operatório : 5823  
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01  
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VER02-03  
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Atendimento : 488136  
Carteira :  
Idade : 46 Anos

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

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

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA 3º E 4º METACARPO ESQUERDO + ABSCESSO  
CIRURGIA: LC + DC + DRENAGEM DE ABSCESSO+ COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA  
CIRURGÃO: 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;  
INCISÃO 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 PERFUSÃO DISTAL.

Achados Cirúrgicos:

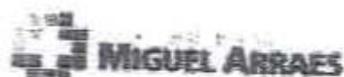
Descrição Complementar

03/09/19  
GARDEMAN SCLUSA  
F/1 UFRN

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Juvente Maia Alcino Freire da Silva REG: 71917  
IDADE: 46 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 28/07/19 DATA DA ALTA 23/08/19  
DIAGNÓSTICO: Fix exposta de 3º e 4º MTC F  
Abcesso em Mão F  
Osteomielite tórica F

TRATAMENTO REALIZADO:

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

ORIENTAÇÃO:

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

Peto em 15 dias

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM  NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:   /  /  

Dr. Helyson Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 00.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

### RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

*Grande União*

Paciente:

Registro nº

Damila Francisca Maria Franco Fruci da  
Silva, 46 anos, portadora de diabetes  
e hipertensão arterial, mantém-se com  
comprometimento e limitações de movimento  
de membro superior esquerdo após fru-  
maturação do membro direcente de cui-  
dante com motocicleta em 27.07.2019.  
Em tempo, realiza tratamento para  
osteomielite óssea direcente de fratura  
exposta no antebraço esquerdo, pelo Dr. Henrique  
S. Soárez, que foi tratado no hospital  
5498 Miguel Arraes/PE

Data:

*28/08/19*

*Priscilla Urgueta*  
Médica  
CRM-PE 26530



9.828.461	21/10/2013
<< IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA >>	
<< JOSE ANTONIO DOS SANTOS >>	
<< MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS >>	
TIMEUBA - PE	26/06/1973
<< 07521801552013200028057	
000115079 ITAPEM - PE >>	
037.551.634-71	





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

Num. 75551282 - Pág. 13

## 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 ESQUERDA, 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 ATTITUDE 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, PERMANECEU EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 26 DIAS, DURANTE ESTE PERÍODO A MESMA EVOLUIU COM INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA (ABCESSO) E DIAGNÓSTICO DE OSTOMIELITE, 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 sequelas

**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
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Ivanete Maria Araujo Freire da Silva.  
RG/CNH/CTPS: 9.828.461 CPF: 037.551.834-73

Profissão: Doadora

Estado Civil: Casada

End: Rua das Hortências 13344 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 Araujo Freire da Silva.

Itambé - PE

04 de SETEMBRO de 2019

Ivanete Maria Araujo Freire da Silva.  
Assinatura por Autenticidade

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS  
Av. Presidente Vargas, 11 - Centro - 55900-000 - Itambé - PE - Fone/Fax: (83) 3593-1100  
Necesário Zerar Autenticidade e Firma de IVANETE MARIA ARAUJO  
FREIRE DA SILVA em 04/09/2019 dou fá.  
Em testi. da verdade, THÁSSIA GUTIEL DE MORAES FÁTIMA -  
Escrivanea Emol. R\$ 1,31. TORA R\$ 0,40. FERC R\$ 0,40  
Total R\$ 2,11  
Assinatura: Gm Para  
Selos: 0073593.MQNO7201901.01101



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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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



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

Num. 75551282 - Pág. 17

**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 METATAROS 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.**

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

[ **X** ] 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, PERMANECEU EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 26 DIAS, DURANTE ESTE PÉRIODO A MESMA EVOLUIU COM INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA (ABCESSO) 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**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 Javali  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TECOT 148630



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



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

Num. 75551282 - Pág. 19



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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 15021916

Pag. 0164901650 - carta\_01 - INVALIDEZ



00100825



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

Num. 75551282 - Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

Pag. 00061/00062 - carta\_02 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15070598



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

Num. 75551282 - Pág. 21



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

00020376  
Pag. 00751/00752 - carta\_25 - INVALIDEZ

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Num. 75551282 - Pág. 23



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3190605570

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

2 - Nº do ticket ou ASI:

3 - CPF da vítima: 037.551.884-71 A - Nome completo da vítima:

4 - Nome completo da vítima: **Jeanete Maria Araujo Freire da Silva**

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão: **Retiradora** 8 - Endereço: **Rua das Hortênsias** 9 - Número: **399** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Itambé** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55920-000**

15 - E-mail: **abriboronia.piama@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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **1651** CONTA: **12564** 1

[Inserir o dígito de verificação]

[Inserir o dígito de verificação]

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

[Inserir o dígito de verificação]

[Inserir o dígito de verificação]

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.154/74), uma vez que:

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

Solicito o prazo adequado 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.154/74.

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO FAZETIZADO

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do fato 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:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (único):  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 Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, salvando clara, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

**Itambé - PE 25.11.19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



## 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** **Francisca Maria Graciano 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: **Francisca Maria Graciano Freire da Silva** 6 - CPF: **037.551.834-71**  
7 - Profissão: **Recuperadora** 8 - Endereço: **Rua das Hortências** 9 - Número: **349** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Hambré** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55920-000**  
15 - E-mail: **francisca.maria.gianna@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(81) 3626-3771**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR, 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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  
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende a regiões do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a regiões 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 Lider 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)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deu nascido (mínascer)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 o rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Hambré - 25/10/19**

**Francisca Maria Graciano Freire da Silva**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





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

Num. 75551282 - Pág. 26

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
6<sup>ª</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



### 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 Hortencias, 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 cometidas 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

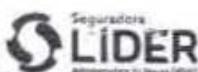
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitel.

*IVanete Maria Araujo Freire da Silva.*  
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Comunicante

*Escrivã de Fogo  
Márcia Ribeiro de Souza  
Escrivã de Polícia Civil-0  
Mat.: 154.578-0*

DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO – Rua Dr. Manoel Alves, 191, Centro, Pedras de Fogo/PB, CEP: 58.328-000  
FONE: (81) 3635-1304



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NPF do sinistro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

037.551.834-71

4 - Nome completo da vítima:

Janete Maria Graciano 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:

Janete Maria Graciano Freire da Silva

6 - CPF:

037.551.834-71

7 - Profissão:

Recuperadora

8 - Endereço:

Rua das Fontenellas

9 - Número:

344

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Família

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55920-000

15 - E-mail:

janete.maria.graciano@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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ 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 (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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 ALIÚDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinale uma das opções)**:

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

Fico motivado assimilado, solicito e prosseguiamento 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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/vãos vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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

38 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS







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
75551 284	19/02/2021 14:21	<a href="#"><u>ANEXO 3</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 2



## 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: 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0877 CONTA: 8586 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 (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 CIVI)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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 obrigatoriedade 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

COLO  
RECIFE

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

Ivanete Maria Araujo Freire da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 4



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -  
DP49ª CIRC DINTER1/11ª DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0139000486**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 1 - Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NA ESQUINA DA Praça do Skate**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (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: **26/6/1973** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 8 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

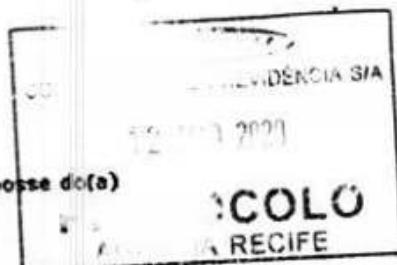
**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino**  
**Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

Complemento / Observação

**QUEIXA-SE A VÍTIMA QUE ENQUANTO CAMINHAVA EM VIA PÚBLICA FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE CONDUTOR E PLACA NÃO**



## Ocorrências

file:///C:/Users/SD3/.mso/pol/xml/BOEPreview.html

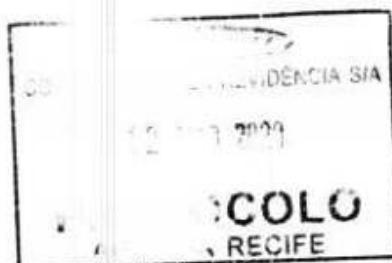
**IDENTIFICADOS. A VITIMA INFORMOU QUE NO MOMENTO DO FATO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA EQUILIBRAVA-SE APENAS EM UMAS DAS RODAS DA MESMA, VINDO ASSIM A PERDER O CONTROLE E ATROPELAR A VITIMA. A VITIMA NAO FORNECEU MAIORES INFORMACOES A RESPEITO DO OCORRIDO, DECLARANDO QUE NO MOMENTO DO FATO CAIU NO CHAO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

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

2. Invenit Maria Gloriosa Prema da Celdas.

**IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
(VITIMA)**

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



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102191421009490000074039877>  
Número do documento: 2102191421009490000074039877

Num. 75551284 Pág. 6



## 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: 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0877 CONTA: 8586 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 (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 CIVI)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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 obrigatoriedade 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

COLO  
RECIFE

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

Ivanete Maria Araujo Freire da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Bruno do Nascimento  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 088445514-70 / \_\_\_\_\_, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Janete Maria Araújo Félix de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.454-834/71  
do sinistro de DPVAT cobertura JUSC 1672 da Vítima \_\_\_\_\_,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

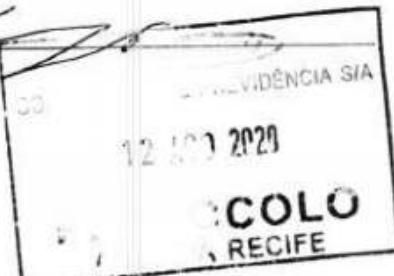
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 5 de Julho, 35</u>	Número:	<u>35</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Florianópolis</u>	Estado: <u>SC</u> CEP: <u>55920-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: Florianópolis, 09 de agosto de 2020

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 9

**DECLARAÇÃO**

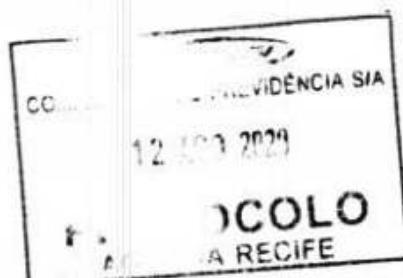
TV **RedeBairro**  
Formação  
Pra você ter mais

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

*C/III*  
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  
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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 10



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

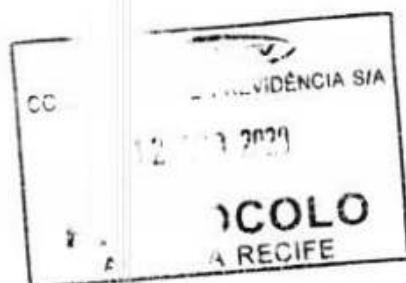
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA foi atendido (a) neste serviço no dia 25/07/2020 Necessitando de 60(SESSENTA) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID. M:86.6

Renata Consec  
Ortopedista-Dermatolog  
CRM-PE 22394

Médico

Paulista, 27/07/2020



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

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 11



## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### Identificação do Emitente

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Endereço Completo e Telefone: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

020471

Paciente: Renata Maria Mendes

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: Renata Mendes - 026  
1000 mg 01 dia 8/8/2021  
1 vez dia

### Identificação do Comprador

Nome: \_\_\_\_\_  
Ident: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_  
End: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

Renata Mendes  
Órgão: Clínica  
CRM-PE/22394

Médico

VIDÊNCIA SIA  
12/07/2021

ICOLÓ  
RECIFE

Assinatura do Farmacêutico Data: 27/07/20

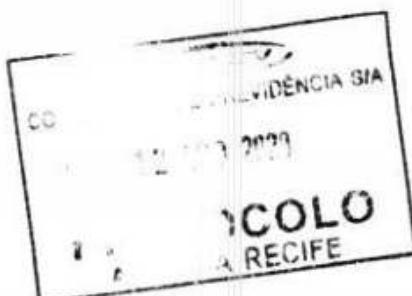
Digitalizada com CamScanner





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102191421009490000074039877>  
Número do documento: 2102191421009490000074039877

Digitalizada com CamScanner



NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

DATA NASC.: 26/06/73

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG: 71917

IDADE: 47 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020

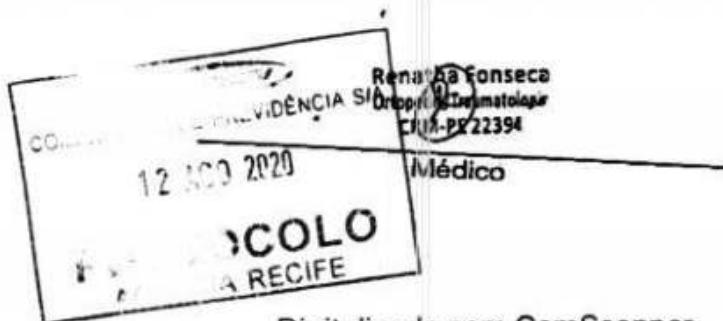
DATA DA ALTA: 27/07/20

Declaração INSS

- Declaro para os eleitores que  
Ivanete Maria Freire Freire da Silveira  
foi submetida a tratamento dirigido  
de fratura 1/3 distal de radio. E possu-  
iu frôntrico em abrçolamento no dia  
25/07/2020. A qual foi encaminha-  
da para novo atendimento em  
unidade hospitalar Miguel Arraes  
e nenhuma atendida com urgência  
e não ander se querendo de juntas  
dor em seu centro 30º andar, 1º andar  
em vista as lesões das tendões e fratura  
A mesma este informada e quando  
obrigado a devolvê-la.

CID: M 86,6

07/08/2020



Digitalizada com CamScanner





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

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Idade: 47

Nº Cartão SUS 10112051001101414716 Data de Nascimento: 26/06/73

Nome de Paciente: Flávia M. Alves Freire <sup>PASILVA</sup> Sexo: F Raça: Pardo

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

Endereço: R. das Horizontais n° 344 Bairro: JBT

Cidade: Flamengo CEP: 55902000 PSF: 16014001

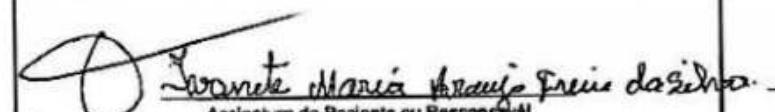
Data do Atendimento: 08/08/20 Hora da Chegada: 12h26 min.

Pré - Consulta:	P.A. <u>360x10</u>	PESO:	PULSO: <u>502</u>	TEMP. <u>36,6</u>	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL: Paciente que entrou com relato de cefaléia e dor no membro superior esquerdo			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ( ) Vermelha ( ) Amarela ( ) Verde ( ) Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: levado a uma leito provavel por um acidente. SPO2: 98%. Paciente hipertensos.			IZABELLA RABELO R. BANOS Assinatura: CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CRM-PB 9772/PE 23486		
QUEIXAS/DIAGNOSTICO:			EXAMES COMPLEMENTARES		

TRATAMENTO	CO... 1 - RESIDÊNCIA SA 12/08/2020
------------	--

DIAGNÓSTICO	PROcedimento 01: 0301060061 <input type="checkbox"/>	PROcedimento 03: ARECIFE <input type="checkbox"/>
	PROcedimento 02: 0301100012 <input type="checkbox"/>	PROcedimento 04:

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO	REMOVIDO:
ENCAMINHADO:	
ÓBITOS ÁS: <u> </u> MIN	DO DIA: <u> </u> / <u> </u>

DATA SAÍDA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	HORA DA SAÍDA: <u> </u> H. <u> </u> MIN.	Danilo Gonçalves do Carmo Clínica Médica / Cardiologia CRM-PB 9772/PE 23486
 Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura / Carimbo CRM





**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: 310141205100310141417116 Data de Nascimento: 26/06/73  
Nome de Paciente: Granarte ( )<sup>1º</sup> Nome: Granarte ( )<sup>2º</sup> Sexo: F Raça: P  
Estado Civil: casado Nome da Mãe: Neusa Jose Gomes dos Santos  
Endereço: R. das Américas nº 344 Bairro: J. das Américas  
Cidade: Itambé CEP: 57470000 PSF: Dr. Gonzaga  
Data do Atendimento: 25/10/2020 Hora da Chegada: 15 h26 min.

Pré - Consulta:	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL: <i>dores costas</i>		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ( ) Vermelha ( ) Amarela ( ) Verde ( ) Azul			
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <i>Paulo</i>		Assinatura/Carimbo			
QUEIXAS/DIAGNÓSTICO:		EXAMES COMPLEMENTARES			
TRATAMENTO: <i>Paracetamol 500 mg PO</i> <i>2x Tolazolol 10 mg tAD E</i>					
DIAGNÓSTICO: <i>Exame ...</i>		PROCEDIMENTO 01: 0301060061 <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 03: PROCEDIMENTO 02: 0301100012 <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO 04: PROCEDIMENTO 05: <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO		DATA SAÍDA: <u>25/10/2020</u>			
ENCAMINHADO:		REMOVIDO:			
ÓBITOS ÁS: : MIN		DO DIA: / /			
DATA SAÍDA: / /		HORA DA SAÍDA: H. MIN.			
<p><i>Assinatura do Paciente ou Responsável</i></p> <p><i>Daniel Gonçalves do Carmo</i> <i>Clinica Médica / Cardiologia</i> <i>CRM-PE 9772 / PE 23486</i></p> <p><i>Assinatura / Carimbo CRM</i></p>					

Digitalizada com CamScanner



NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA  
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]  
IDADE: 47 SEXO:F

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

DATA NASC.: 26/06/1973  
REG:71917

### ATESTADO MÉDICO

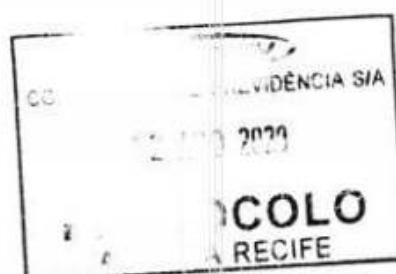
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA foi atendido (a) neste serviço no dia 25/07/2020 Necessitando de 60(SESSENTA) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID. M:86.6

Renata Fonseca  
Ortopedista/Dermatologista  
CRM-PE 22394

Médico

Paulista, 27/07/2020



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

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 17

NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

DATA NASC.: 26/06/73

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG: 71917

IDADE: 47 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020

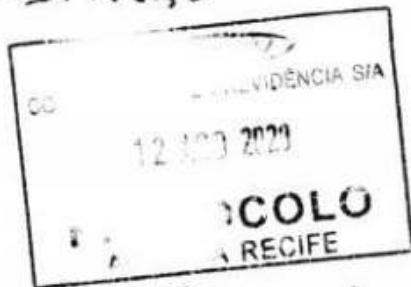
DATA DA ALTA: 27/07/20

Declaração INSS

- Declaro para os clérigos que  
Ivanete Maria Freire da Silva  
foi submetida a tratamento cirúrgico  
de fratura 1/3 distal de rádio. E por  
ter sido feito um osteoplástico no dia  
25/07/2020. A qual foi encaminhada  
para novo atendimento aqui na  
unidade hospitalar Miguel Arraes  
e sendo atendida com urgência  
e hoje andar na quinzena de fortes  
dor em seu membro superior, tendo  
em vista as lesões das tendões e fratura  
a mesma este informa à sua  
atirizante laetitiva.

C.D: M 86,6

07/08/2020



Renata Fonseca  
Ortopedista/Trumatologista  
CRM-PE 22394

Médico





**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ**  
Secretaria de Saúde  
**RECEITUÁRIO**

Unidade de Saúde:

Paciente: Ivanete M. Araújo Freire da Silva -  
Registro nº \_\_\_\_\_

Declaro médico

Declaro para os devidos fins, que  
o Paciente em questão, é portador  
de deficiência nos dedos da mão  
esquerda, e sofreu atropelamento  
no dia 25/07/2020, donde entrou  
no Hospital em ITAMBÉ, logo sendo  
atendida por mim. Paciente tinha uma  
lesão importante em punho Q, a qual  
precisou de encaminhamento para  
ortopedia. Hoje a paciente se encontra  
com pinos em estrutura óssea e com  
dificuldade de locomoção  
do membro.

Dapilo Gonçalves do Carmo  
Clínica Médica/Cardiologia  
CRM-PB 0777 PE 23488

Data: 08/08/2020



Digitalizada com CamScanner





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

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Idade: 47  
Nº Cartão SUS: 109121051001104143716 Data de Nascimento: 26/06/1973  
Nome de Paciente: VALÉRIA M. ARAUJO FREIRE <sup>DASILVA</sup> Sexo: F Raça: Pardo  
Estado Civil: CASADA Nome da Mãe: M. TOSI A. NOS SANTOS  
Endereço: R. PAS HORTELANOS nº 344 Bairro: JBV  
Cidade: FRANCA CEP: 5920000 PSF: 1607400  
Data do Atendimento: 08/08/20 Hora da Chegada: 12h26 min.

Pré - Consulta: <u>P.A. 560x10</u>	PESO: <u>60</u>	PULSO: <u>50</u>	TEMP. <u>36,6</u>	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL <u>Paciente que entrou com relato de cefaléia e dor no membro superior esquerdo</u>		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ( ) Vermelha ( ) Amarela ( ) Verde ( ) Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <u>Levi</u> a uma lesão provável por um acidente. SPO <sub>2</sub> : <u>98%</u> . Paciente hipertensiva.		<u>IZABELLA VILAS BANOS</u> Assinatura: <u>EDSON JUNIOR</u> CÓDIGO: <u>15-15-15</u>		
QUEIXAS/DIAGNOSTICO:		EXAMES COMPLEMENTARES		

TRATAMENTO

Acabamento

DIAGNÓSTICO	PROCEDIMENTO 01: 0301060061 <input type="checkbox"/>	PROCEDIMENTO 03: PROCEDIMENTO 04: RESIDÊNCIA SIA
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO	PROCEDIMENTO 02: 0301100012 <input type="checkbox"/>	12/08/2020
ENCAMINHADO:	REMOVIDO:	<u>RECIFE</u>
ÓBITOS ÁS: <u>: MIN</u>	DO DIA: <u>/</u>	
DATA SAÍDA: <u>/</u>	HORA DA SAÍDA: <u>H. MIN.</u>	
<u>Assinatura do Paciente ou Responsável</u>		<p><i>Danilo Gonçalves do Carmo</i> CRM-PB 9772 / PE 23488</p> <p><i>Assinatura / Carimbo CRM</i></p>

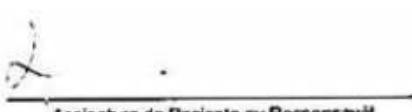
Printed 5M 35093



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

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Idade: 47 anos  
 N° Cartão SUS: 71614120510310141417116 Data de Nascimento: 26/06/73  
 Nome de Paciente: Francisco Henrique Sexo: M Raça: P  
 Estado Civil: casado Nome da Mãe: Maria Jose Gomes dos Santos  
 Endereço: R. das Américas nº 344 Bairro: J. B. Este  
 Cidade: Itambé CEP: 57420000 PSF: B. Gravatá  
 Data do Atendimento: 25/07/2020 Hora da Chegada: 15 h26 min.

Pré - Consulta:	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL:		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: <input checked="" type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul			
ENFERMEIRO DA TRIAGEM:		Assinatura/Carimbo			
QUEIXAS/DIAGNÓSTICO:		EXAMES COMPLEMENTARES			
TRATAMENTO:		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Ivermectina 1% 100ml            3x10ml dia 1 a 30/07/2020         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Ivermectina 1% 100ml            3x10ml dia 31/07/2020         </div>			
DIAGNÓSTICO:		PROCEDIMENTO 01: <u>0301060061</u> <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 03: <u>0301100012</u> <input type="checkbox"/> RECIFE	
MOTIVO DA SAÍDA:		PROCEDIMENTO 02: <u>0301100012</u> <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 04:	
ENCAMINHADO:		REMOVIDO:			
ÓBITOS ÁS: <u>MIN</u>		DO DIA: <u>1</u>			
DATA SAÍDA: <u>1</u>		HORA DA SAÍDA: <u>H. MIN.</u>		 Danilo Góes de Oliveira do Carmo Clínica Médica / Cardiologia CRM-PE 9772 / PE 23486	
 Assinatura do Paciente ou Responsável				Assinatura / Carimbo CRM	

Digitalizada com CamScanner





## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

### RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

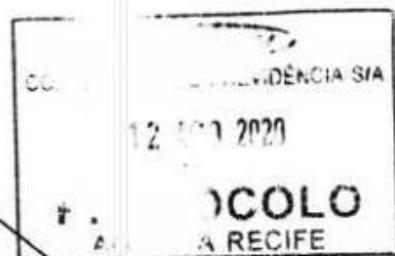
Paciente: Juorette Maria de Araújo da Silva

Registro nº \_\_\_\_\_

USO ORAL

① A Lergiotex xarope \_\_\_\_\_ 04 Frasco

tercer 30ml, de 12/12h, por 5 dias.



Dr. Vinícius Carvalho  
MÉDICO  
CRM-PB 13.377

Data: 21/03/2020

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 22



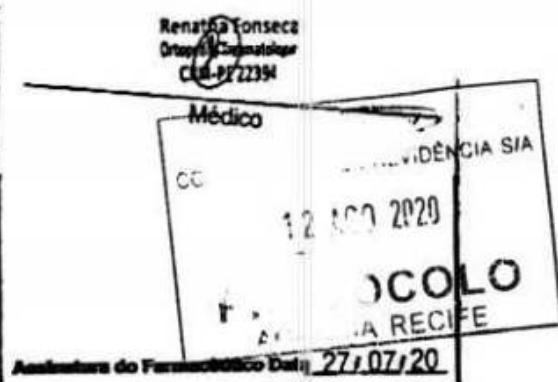
## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

Paciente: Antônio Yves Cordeiro  
Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: Tramadol 50mg - 026  
Tabs 01 c/ 8/10  
\_\_\_\_\_

<b>Identificação do Comprador</b>	
Nome: _____	
Ident: _____ Órgão Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	



Digitalizada com CamScanner





**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO:

20705

NAME  
**IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI**

FILIAÇÃO

**PASCOAL JANUARIO FELIZOLA CARRAZZONI**  
**MARIA JOSE BERNARDO DA SILVA**

NATURALIDADE

**ITAMBÉ-PE**

RG

**8861390 - SDS/PE**

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

**NAO**

DATA DE NASCIMENTO

**02/08/1992**

CPF

**088.475.514-20**

VIA EXPEDIDO EM

**01 04/03/2015**

**VITAL BEZERRA LOPES**  
PRESIDENTE

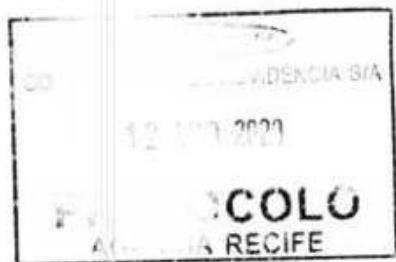


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 24



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/02/2021 14:21:01  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021914210094900000074039877>  
Número do documento: 21021914210094900000074039877

Num. 75551284 - Pág. 25



## 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



## 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

