

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210041676

Cidade: Barreiros

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 07/07/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização com tala, fez fisioterapia.
Sequela estabelecida

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/02/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARTA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02124

CONTA: 000000062921-0

Nr. da Autenticação 1609E48A2FD90B70



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA
COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0172000480

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/08/2020 às
10:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/7/2020 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 1, R. ATRES BELO,**
CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE);
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (OUTRO);
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO);
MARTA MARIA DA SILVA (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA

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

MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA Pai: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1976 Naturalidade:
BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8400483/SSP/PE (RG) Estado Civil:
AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 986016420

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 99, FAZENDA SÃO FRANCISCO,**
PLATOR 06, CASA 96 - CEP: 55090-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO
/BRASIL

LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

DESCONHECIDOS (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CO 125 FAN ES Objeto apreendido: N/A
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: WKS0161 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 8C2JC30702R073155
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

AFIRMOU A SRª MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA
MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM
UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE OLEO, SENDO OS DOIS CAIREM NO CHÃO,
AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SRª MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL
OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSE DA COROA GRANDE/PE,
TENDO PRONTUÁRIO Nº 82672, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO
ORTOPÉDICA.

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

MARTA MARIA DA SILVA
(VITIMA)

Marta Maria da Silva

S.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA
COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0172000519**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/09/2020** às
10:45

Complementa o BO Número: **20E0172000480**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/7/2020** às **08:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 1, R. AYRES BELO,
CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
MARTA MARIA DA SILVA (VÍTIMA)
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO, (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**

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

**MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA Per: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1978 Naturalidade:
BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8404403/SSP/PE (RG) Estado Civil:
AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 986016420**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 00, FAZENDA SÃO FRANCISCO,
PLATOR 06, CASA 00 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

**PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:**

DESCONHECIDO Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKS9161** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC3670ER073166**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

AFIRMOU A SRª MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE OLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHÃO, AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SRª MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSE DA COROA GRANDE/PE, TENDO PRONTUARIO N°92673, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

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

**MARTA MARIA DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARCONE JOSE ALVES DA SILVA** - Matrícula: **3854264**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 62921 0

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bonfim, 01 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CNPJ 001.111.111/0001

DADOS DO CLIENTE MARTA MARIA DA SILVA LOT FAZENDA SAO FRANCISCO, N. 00090 - PE60 KM65 BARREIROS PE 5 5560-000 INSCRICAO: 014.125.212.0000.900 GRUPO: 9 DEB. AUTOMATICO: 103855734		MATRICULA: 103855734 Jul/2020																												
SITUACAO AGUA LIGADO	SITUACAO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA																											
HIDROMETRO A10B018654	DATA LEIT. ANTERIOR 02/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 01/08/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD																											
AGUA: LEIT ANT: 479 CONSUMO: 9 LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET LEIT FAT: 483																														
HISTORICO DE CONSUMO																														
REFERENCIA CONSUMO		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PARAMETROS</th> <th colspan="3">NUMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th>EXIG. PORT. MS 2.914/11</th> <th>ANALISES REALIZ.</th> <th>ATENDIDA A REQUIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>CORO RESIDUAL</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>COLIF. TOTAIS</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>% COLI</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>34</td> </tr> </tbody> </table>		PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIDA A REQUIS	TURBIDEZ	34	34	25	COR APARENTE	34	34	25	CORO RESIDUAL	34	34	34	COLIF. TOTAIS	34	34	34	% COLI	34	34	34
PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS																													
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIDA A REQUIS																											
TURBIDEZ	34	34	25																											
COR APARENTE	34	34	25																											
CORO RESIDUAL	34	34	34																											
COLIF. TOTAIS	34	34	34																											
% COLI	34	34	34																											
06/2020	09																													
05/2020	09																													
04/2020	09																													
03/2020	09																													
02/2020	09																													
01/2020	09																													
MEDIA	09																													
Qualidade de Agua: www.crih.com.br OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICAOES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICAOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA																														
PRECO DOS SERVICOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)																											
GUA																														
RECEITA LIGACAO 1 UNIDADE(S)																														
DE AGUA		9 M3	44,08																											
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2020			0,88																											
MOROS DE MORA 04/2020			0,41																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CALCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PIS</td> <td>44,08</td> <td>1,65</td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td>44,08</td> <td>7,60</td> <td>3,35</td> </tr> </tbody> </table>				TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	PIS	44,08	1,65	0,73	COFINS	44,08	7,60	3,35															
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO																											
PIS	44,08	1,65	0,73																											
COFINS	44,08	7,60	3,35																											

VENCIMENTO: 15/08/2020

TOTAL A PAGAR: 45,37

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1420811434

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

JEIMISON JOSE NERY DE LYRA

DATA DE VENCIMENTO

26/02/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

095264522

CONTA CONTRATO

7003590261

CLASSIFICAÇÃO

COMERCIAL
Trifásico
B3

ENDEREÇO

RUA JOAO B VASCONCELOS 111 --A -
CENTRO/BARREIROS -55560-000
BARREIROS PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,62

PERÍODO CONSUMO

06/01/2020 a 03/02/2020

CONSUMO

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7003590261

MÊS/ANO

02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,62

VENCIMENTO

26/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000002 006200110070 003590261104 149093220536



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jermison José Neri de Souza inscrito (a) no CPF 049.520.594 / 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marta Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Marta Maria da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55, 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 João Batista de Vasconcelos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Bonnières</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administrativo@falyracabr.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3675-1858</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 98110-9981</u>

Bonnières, 03 de fevereiro de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMENA

Data: 07/07/2020

Paciente	Nome:	Marta Maria da Silva	Nº Ocorrência
	Residência:	Fazenda São Francisco ploton 06.	Nº 90
Responsável	Nome:	Mãe: Mario José da Silva	Telefone:
	Residência:	Acamp. esposo.	

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Documento de Identidade	
☐ Segurado ☐ Esposa ☐ Filhos ☐ Outros		☐ Masc. ☒ Fem.	07/10/76 Idade: 44	☐ Bras. ☐ Estrang. ☐ UF	Número	Órgão Emissor

Paciente Chegou ☐ Andando ☐ De Auto ☐ Ambulância ☐ Outros	Ambulância / Hora Saída Chegada	Acidente / Hora Saída Chegada	Atendimento 20h 06 Min ☐ Acidente de Trabalho ☐ Caso Policial
---	---------------------------------------	-------------------------------------	--

Pressão Arterial		Pulso	Temperatura		Exames Complementares
Max.	Min.		Axilar	Retal	
190	80	90	36.1		% 300 98%

Causa provável da lesão - queixa principal
 Exame Físico - Sinais - Sintomas
 Paciente relata dor no joelho
 E após queda de um objeto.
 Ulega alergia m.
 DMC(-) HAS(-)
 Sem lesões aparentes
 no joelho E
 Omento RX.
 Dr. Roberia Chelida Flor
 COREN-PE 99047
 Enfermeira

Tratamento
 ① Cetoprofeno 400mg IM agora
 ② Dipirona 400mg IM agora
 Ana Beatriz Pazio
 Médica
 CREMEPE: 6109

Destino dado ao paciente
☐ Residência ☐ Internado
 Encaminhado _____
 Removido _____
 Obito às _____ H _____ Min.
 do dia _____
 Encaminhada ao I.M.L. ☐

Impressão Diagnóstica
 C.I.D.: _____
 Doença Concedida _____ Dias
 Assinatura - Carimbo - CRM/CRO



SUS
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

PREFEITURA DE
MARAGOGI
nasce um novo tempo

RECEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME:

Maria Moura dos Reis

ENDEREÇO:

Declaração

De acordo com o exame em saúde
esta paciente não possui
classe excessiva + risco elevado.
Assim como possui com presença
de uma síndrome com caracte-
rística inflamatória.

MSS. 1465.

Horácio Luis Barros
Médico
CRM - 44922

DATA:

31/07/20

ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

MEDIC. _____ QTDE. _____

DATA: ____/____/____ ASS. PROFISSIONAL: _____



SUS

SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE
Ministério
da
Saúde

APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNPJ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

MASC

FEM

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

014377313417

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ

**SUS**SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE
Ministério
da
Saúde**APAC**Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNPJ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

MASC

SEXO

FEM

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

(X) CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ



SUS
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

PREFEITURA DE

MARAGOGI

nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME:

Maria Moura da Silva

ENDEREÇO:

Declaração

De acordo com o exame realizado
essa paciente apresenta-se com
exame físico + exame laboratorial
normal para o momento
de uma síndrome com caracte-
rística inflamatória.

M255.1/M65.

DATA:

31/07/20

Horácio Luis Barros
Médico
CRM-PE 21852

ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____

QTDE. _____

MEDIC. _____

QTDE. _____

MEDIC. _____

QTDE. _____

MEDIC. _____

QTDE. _____

DATA: ____/____/____

ASS. PROFISSIONAL _____



SUS
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

PREFEITURA DE
MARAGOGI

nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME:

Mrs. Mm

ENDEREÇO:

DI MARAGOGI Ind - 34m.


Hr. João Luís Barros
Médico
C.R.C. 2.2052

DATA:

/ /

ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: _____

MEDIC. _____

QTDE. _____

MEDIC. _____

QTDE. _____

MEDIC. _____

QTDE. _____

MEDIC. _____

QTDE. _____

DATA

/ /

ASS. PROFISSIONAL



SUS



Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO PALMARES DR. SÉRGIO FERNANDES MAGALHÃES

HRP



CNPJ 14.919.001

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Marta Maria

Reg. N°

Clinica:

da Sombra

Enfer.

No anal



① Proflom

01 sc

Tomar 01 comp
de 12 / 12h

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 19.149

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: ___ / ___ / ___

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185
Palmares - PE

www.hrpalmars.com

081 3661-8430



SUS
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

PREFEITURA DE
MARAGOGI

nasce um novo tempo

RECEITUÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME:

Marys Marys Jesus

ENDEREÇO:

Ima

① P. note usua notou/motou

doe no eq. 20 10/2007

6 ANO 25 ADM.

DATA:

28/08/07

ASS. PROFISSIONAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME:

MEDIC.

QTDE

MEDIC.

QTDE

MEDIC.

QTDE

MEDIC.

QTDE

DATA

1/1

ASS. PROFISSIONAL

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Marta Maria da Silva
Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Paciente em segundo atendimento
Após consulta de Joelma Silveira
encontrase bem para retornar ao
seu atendimento laborais.

13, 09, 20

DATA

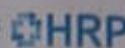

CRM/CRO/COREN



Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES

RECEITUÁRIO



Unidade:

Nome:

Marta Maria

Reg. Nº

Clinica:

de Saúde

Enfer.:
Enfermagem

Solicito



Fisioterapia
motora
20 sessões

HD = Artrose
de joelho

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data:

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM PE 19.149

Eng. Quilombo dos Palmares, SR 101, Km 185
Palmares - PE

www.hrpalmars.com

081 3661-8430

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens multiplanares do joelho esquerdo nas sequências pesadas em T1 e em densidade protônica com e sem supressão de gordura.

ANÁLISE:

Patela alta.

Focos e áreas com sinal hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura de permeio a medular óssea do côndilo femoral lateral e platô tibial correspondente, sugerindo edema/contusão pós-traumática.

Pequeno foco com sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura, justacortical no aspecto posterior do côndilo femoral lateral, também sugerindo alteração pós-traumática.

Sinal irregular no corno posterior do menisco interno, o qual aparentemente se estende a superfície meniscal inferior, podendo corresponder a pequena lesão.

Menisco externo sem alterações apreciáveis.

Ligamento cruzado anterior espessado, com sinal isointenso em T1, sugerindo estiramento/sinovite.

Ligamento colateral medial irregular, notadamente em sua porção proximal, com edema nas partes moles circunjacentes, sugerindo lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral íntegros.

Tendões do quadríceps e patelar com intensidade de sinal normal.

Cartilagem patelar levemente afilada, com foco de edema em sua faceta medial, sugerindo condropatia.

NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES



em correlação com a
EQUIPE DA WEBLATA

📧 clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

Pequeno derrame articular, sugerindo sinovite.

Pequeno cisto de Baker.

Edema no tecido celular subcutâneo do joelho, notadamente nas faces anterior e medial.

Correlacionar com dados clínicos.

LDc

Patricia N Zanardi
Dra. Patrícia N Zanardi
CRM 28054 - PE

NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES



em correlação com da
EQUIPE DA WEBLAUD

@clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
873244580

PROIBIDO PLASTIFICAR
873244580

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JEIMISON JOSE NERI DE LIRA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6312850 SSP PE

CPF

049.520.594-05

DATA NASCIMENTO

10/03/1985

FILIAÇÃO

FLAVIO GOMES DE LYRA

YARACI NERI DE LYRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

03199667329

VALIDADE

14/04/2019

1ª HABILITAÇÃO

19/02/2004

OBSERVAÇÕES

sem observações

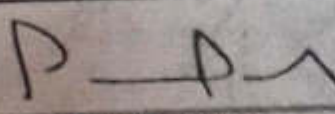

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

14/04/2014


ASSINATURA DO EMISSOR

25661270788
PE059279494

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

07 R-59



Marta Maria da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

União da Indústria de Segurança

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

5404463

DATA DE
EXPEDIÇÃO 29.05.1995

NOME

MARTA MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO

José Vitalino da Silva

Maria José da Silva

NATURALIDADE

Barreiros.PE.

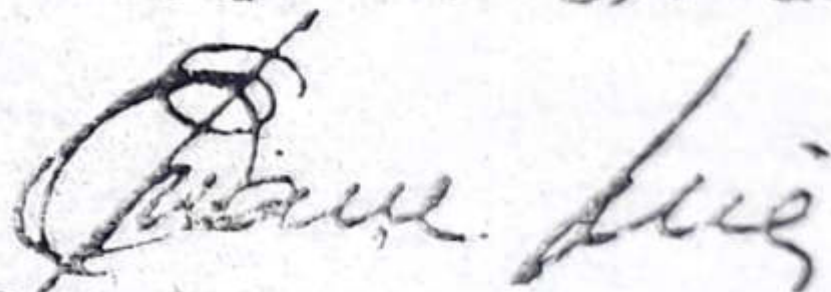
DATA DE NASCIMENTO

07.01.1976

DOC. ORIGEM

C.N.1893.L.A/3.Fls.-35.Cart.de
Barreiros.PE.

CPF



ASSINATURA DO DIRETOR

Bela Eliane Caldas Lira

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda

Receita Federal

CPF

029. 825. 134-55

MARTA MARIA DA SILVA

Nascimento

07/01/1976



**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: 3210041676

Nome do(a) Examinado(a): MARTA MARIA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): LOT FAZENDA SÃO FRANCISCO, 90, , Barreiros/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 07/07/2020 - Barreiros/PE

Data e local do exame: 25/02/2021 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

contusão de joelho esquerdo

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

imobilização com tala, fez fisioterapia. Não comprova data da alta médica

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

limitação de grau leve do joelho esquerdo, com bloqueio articular.

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

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

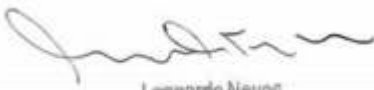
() "Vítima em tratamento"

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

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

Joelho Esquerdo - Leve - 25%

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



Leonardo Neves
Médico
CRM 11742

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

DETRAN - PE
Nº 014801732182
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 950159115
RATIFIC. 2019
EXERCÍCIO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA

BARREIROS - PE

478.372.764-34

PLACA
KRS9161

PLACA ANT. LE 9020030708R073155
CHASSI

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

BORDA/CC 125 FAN

2007 2008

2P/124CL

CATISORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

I	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	1ª	2ª		3ª
P	IPVA 2019 QUITANDO			
V	IPVA 2019 QUITANDO			
A				

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11
PREMIO TOTAL (R\$) 32359458
DATA DE PAGAMENTO 07/02/19

SEM RESERVA
DOCUMENTO E PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

BARREIRO

DATA
09/02/19

Roberto dos Reis Ferreira
Diretor Gerente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PE Nº 014801732182 BILHETE DE SEGURO DPVAT
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA

CASA BARREIROS - PE

55560-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 478.372.764-34
RATIFIC. 950159115
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 09/02/19
PLACA KRS9161

BORDA/CC 125 FAN

ANO FAB 2007
COTAS 09
CHASSI 9020030708R073155

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 36.05
DENATRAN (R\$) 4.01
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
RATIFIC. 0.32
NOTA A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO
COTA ÚNICA
PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO 07/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.609/0001-94

DESAGUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
BOM DIA E UM PORTE OBRIGATORIO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE Marta Maria da Silva

Brasileiro (a), estado civil Solteira, profissão Da Don

Residente e domiciliado à Rua Rua. Fazenda São Brancos

Nº 90, Bairro PE 60 KM 65 Município de Barreiros

Estado de Pernambuco CEP 55560-000 Portador (a) do

RG Nº 5404463 SSP/ PE e CPF Nº 029.825.134-55

OUTORGADO: Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado, advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco, CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Marta Maria da Silva

ocorrido em 07/07/2020 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros, 03, Barreiros de 20 21.

Marta Maria da Silva

OUTORGANTE

CPF Nº 029.825.134-55

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037412/21

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

CPF: 029.825.134-55

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTA MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

MARTA MARIA DA SILVA : 029.825.134-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2021
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2021
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

SABRINA MAIRA HONORATO

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210041676

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARTA MARIA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210041676

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTA MARIA 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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARTA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002124

Conta: 0000062921-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 62921 0

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bonfim, 01 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)