



Número: **0000110-79.2022.8.17.2620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/02/2022**

Valor da causa: **R\$ 13.132,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
M. G. B. (AUTOR)	
	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136778736	30/06/2023 15:28	2884858_JUNTADA_DE_DOCS_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORESTA/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00001107920228172620

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MELINDA GONCALVES BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FLORESTA, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 15:28:21
Número do documento: 23063015281080100000133601164
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063015281080100000133601164>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 15:28:10

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 15:28:21
Número do documento: 23063015281080100000133601164
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063015281080100000133601164>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 15:28:10



Número: **0000110-79.2022.8.17.2620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/02/2022**

Valor da causa: **R\$ 13.132,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
M. G. B. (AUTOR)	
	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136778737	30/06/2023 15:28	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210114897**

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RANIERE GONCALVES BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01551/01552 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16795312



Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210114897

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do Acidente: 30/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RANIERE GONCALVES BEZERRA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: RANIERE GONCALVES BEZERRA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000026896-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 154.362.794-30 4 - Nome completo da vítima: Melinda Gonçalves Bezerra

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

5 - Nome completo: Melinda Gonçalves Bezerra 6 - CPF: 154.362.794-30
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. do Rosário 9 - Número: 267 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Floresta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (87) 96344907

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: Ramirene Gonçalves Bezerra
18 - CPF do Representante Legal: 111.038.194-88 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: 0914 CONTA: 26896 9
(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 Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada - PE, 28.01.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORESTA - DP187ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0277000068**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/01/2021** às **17:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **30/12/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANOTINIO FIRMO DE SOUZA FERRAZ, 01** - Bairro: -
FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **56400-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RAUL (AUTOR \ AGENTE)
DANIELA BEZERRA DE MORAES (NOTICIANTE)
MELINDA GONCALVES BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DANIELA BEZERRA DE MORAES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DA FATIMA DA SILVA MORAES** Pai: **ZEZITO BEZERRA DE MORAES** Data de Nascimento: **5/2/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7464293/SDS/PE (RG), 08852644440 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 01, RUA TRAVESSA DO ROSARIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MELINDA GONCALVES BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **DANIELA BEZERRA DE MORAES** Pai: **RANIERE GONCALVES BEZERRA** Data de Nascimento: **28/3/2018** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

RAUL (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAUL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAUL**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NA DATA DE 18 DE JANEIRO DE 2021 COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SRª DANIELA BEZERRA DE MORAES, ESTA INFORMA QUE NO DIA 30 DE DEZEMBRO DE 2020 O SUA FILHA DE APENAS 2 ANOS DE IDADE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO. A MÃE DA VÍTIMA INFORMA QUE A CRIANÇA QUEBROU A CLAVÍCULA E QUE O CONDUTOR DO VEICULO PRESTOU O DEVIDO SOCORRO À VÍTIMA.



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

DANIELA BEZERRA DE MORAES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **Lucas Vinicius Carvalho Felisberto Matos** - Matrícula: **399.835-5**
(Liberado em **18/01/2021 às 17:26**)



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: 154.362.794-30 4 - Nome completo da vítima: Melinda Gonçalves Bezerra

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

5 - Nome completo: Melinda Gonçalves Bezerra 6 - CPF: 154.362.794-30
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. do Rosário 9 - Número: 267 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Floresta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (87) 96344907

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: Ramirene Gonçalves Bezerra
18 - CPF do Representante Legal: 111.038.194-88 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: 0914 CONTA: 26896 9
(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 Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada - PE, 28.01.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Cartório do Registro Civil de Floresta - Pernambuco
Maria Auxiliadora Leite de Sá
Escrevente Substituta
Gilvanice de Carvalho Lima
Escrevente Substituta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

MELINDA GONÇALVES BEZERRA

CPF

154.362.794-30

MATRÍCULA:

073429 01 55 2018 1 00083 220 0031395 87

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Vinte e oito de março de dois mil e dezoito.

DIA

28

MÊS

03

ANO

2018

HORA DE NASCIMENTO

14h45min

NATURALIDADE

Serra Talhada-PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Floresta - ESTADO DE PERNAMBUCO

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

HOSPITAL PROF AGAMENON

MAGALHÃES-HOSPAM, Serra Talhada - PE

SEXO

Feminino

FIÇÃO

RANIERE GONÇALVES BEZERRA, AGRICULTOR, natural de MIRANDIBA - PE e DANIELA BEZERRA DE MORAES, AGRICULTORA, natural de BETÂNIA - PE, ambos residentes em Floresta-PE

AVÓS

FRANCISCO ASSIS BEZERRA e MARIA DA PENHA DA CONCEIÇÃO BEZERRA (paternos) e ZEZITO BEZERRA DE MORAES e MARIA DE FÁTIMA DA SILVA MORAES (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Dois de abril de dois mil e dezoito.

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

30-76591382-0

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESCER

Ato registrado no livro A-83, às folhas 220 sob o nº 31395. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

Nada consta.

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do ofício
Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais de Floresta
Escreventes Substitutas
Maria Auxiliadora Leite de Sá-Responsável
Gilvanice de Carvalho Lima
Município/UF
Floresta
Endereço
Rua Manoel Serafim de Souza Ferraz, 99 - Centro

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Floresta, 2 de abril de 2018.

Escrevente Substituta

Selo: 0073429.YTR01201801.00322

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Ato gratuito

Gilvanice de Carvalho Lima

Escrevente Substituta

Registro Civil - Floresta-PE

AAB 379101

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/05/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011489701
VALOR TOTAL:	337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RANIERE GONCALVES BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000026896

Número da Autenticação

371869A468DBB3C5





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 005943-93 | www.elpa.com.br

DADOS DO CLIENTE

RANIERE GONCALVES BEZERRA

CPF 111.038 194-88

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Manufasce

130107263	ÚNICA	04/01/2021
04/01/2021	2018268450	6817044

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV DO ROSÁRIO 267

CENTROFLORESTA
FLORESTA PE
56400-000

7033387907	01/2021
11/01/2021	02/02/2021
	146,77

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	148,0000000	0,48537098	70,88
Consumo Ativo(KWh)-TE	148,0000000	0,37778043	55,08
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,34
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,91
ICMS Subvenção-CDE-NF 126304823-02/19/20			0,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 130301812-03/11/20			0,81

TOTAL DA FAIXA

TOTAL DA FATURA									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
318/252021	CAI	02/12/2020	1 730,00	04/01/2021	1 816,00	33	1,00000		148,00

Mês	Consumo (kWh)
JAN 20	146
FEV 20	119
MAR 20	150
ABR 20	135
MAI 20	163
JUN 20	178
JUL 20	86
AUG 20	177
SET 20	94
OCT 20	125
NOV 20	89
DEZ 20	88
JAN 20	80

[illegible]

ATENÇÃO: A SELFE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

APÓS 180 DIAS, DENTOS EXISTENTES CAUSARÃO CORRE

Vendedor	Dirección	Valor	Vendedor	Dirección	Valor
09/12/03	04/01/01	141,31			

Esta comunicação NÃO substitui livro de atas e NÃO contém ata em discussão. Cabe à assembleia o fornecimento dos dados e das cópias de julgamento, sob pena de anulação do contrato, podendo também haver aplicação de multa em virtude da Lei nº 11.074/01 (LÍQUIDAÇÃO). Poderá ocorrer ajuste de cobrança, sem prejuízo das regras de registro de crédito SPC e SERASA.

[illegible]

CONSUMO	VALOR APROXIMADO R\$ 2022	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	
					202	231
DIC	0,00	5,51	13,84	23,64	220	
FGC	0,00	3,30	8,60	13,30		
DARC	0,00	3,48	0,00	0,00		

Fonte: DCE - 12.22. **Atenção:** valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 47,58

Longitud: 12,22 Busto: valor de longitud de la base de la columna = 89,47, 14

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7033367907	01/2021	11/01/2021	148,77



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 15:29:00

Número do documento: 23063015281100600000133601165

<https://pje.tipe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063015281100600000133601165>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 15:28:11



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-58 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 388 710 384-15

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56612-130

074838430	UNICA	26/08/2018
26/08/2018	2000138268	3672821

02/08/2018	08/2018
02/08/2018	24/08/2018
108,00	

Consumo Ativo(MWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	118,0000000	0,77545172	92,27
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,48
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contrib. Ium. Pública Municipal			4,83
ICMS Subvenção-CDE-NF 087383544-25/08/18			0,82
Multa por atraso-NF 087383544-25/08/18			1,82
Juros por atraso-NF 087383544-25/08/18			0,88
Atualização IGPM-NF 087383544-25/08/18			0,80
PRO-CRANCA-(081)3412-8860 0800 031 8880			0,88

TOTAL DA FATURA

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	NP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWH)
301028218	CAT	25-07-2018	19 019,00	26-08-2018	19 138,00	32	1,0000		118,00

MÊS/MON	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
AGO 18 118		
SET 18 128		
OUT 18 128		
NOV 18 128		
DEZ 18 128		
JAN 19 128		
FEB 19 128		
MAR 19 128		
ABR 19 128		
MAY 19 128		
JUN 19 128		
JUL 19 128		
AGO 19 128		

Atenção: No período mais perto de vencimento, consulte o valor da fatura e o valor da prestação de serviço. Se o valor da fatura for maior que o valor da prestação de serviço, o valor da prestação de serviço será o valor da fatura. Se o valor da fatura for menor que o valor da prestação de serviço, o valor da prestação de serviço será o valor da fatura. Se o valor da fatura for igual ao valor da prestação de serviço, o valor da prestação de serviço será o valor da fatura.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
07/08/18	07/08/18	07/08/18	07/08/18	07/08/18

Este documento NÃO substitui o boleto bancário e NÃO constitui obrigação de pagamento. Caso o consumidor não pague o boleto bancário, poderá sofrer o corte de energia. O consumidor deve pagar o boleto bancário no prazo de validade. O consumidor deve pagar o boleto bancário no prazo de validade.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

051.394.744, 20

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ramire Gonçalves Bezerra

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.038.194, 88

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Melinda Gonçalves Bezerra

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

154.362.794, 30

, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Recebedor

Renda:

Recebedor

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:

Rua Francisco Olayo

Número:

110

Complemento:

casa

Bairro:

Ipsep

Cidade:

Serra Talhada

Estado:

PE

CEP:

56912-130

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

Serra Talhada - PE, 30 de Março de 2021

Rosana de M. S. Cavalcante

Assinatura do Declarante

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº _____

Acid. moto

DATA: 30/12/2020	HORA: 17:58	CARTÃO SUS: 707409014771971
NOME: Melinda Gonçalves Bezerra		
DATA NASCIMENTO: 28/03/18	IDADE: 02A	SEXO: F
ESTADO CIVIL: -		PROFISSÃO: -
MÃE: Daniela Bezerra de Moraes		
PAI: Raimere Gonçalves Bezerra		
ENDEREÇO: R. Trav. do Rosário		BAIRRO: Centro
MUNICÍPIO: Floresta-PE	FONE: -	CPF: -
RAÇA/COR: BRANCA	PRETA	PARDA
AMARELA		INDÍGENA
P.A: -	PULSO: -	HGT: -
TEMP: -		PESO: -
CURATIVO	APLICAÇÃO MEDICAMENTO	RX
IMOBILIZAÇÃO		ECG
SUTURA		
VÍTIMA DE ACIDENTE:	SIM	NÃO
ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL		
MORDIDA DE ANIMAIS:	SIM	NÃO
HISTÓRIA E EXAME FÍSICO: Menor vítima de atropelamento relatado em tôrax. ECG B. Curva normal. sem alterações. Sat: 99% FC: 90 bpm. Arteriais normais. Ausculta normal. RX: sem alterações. ECG: sem alterações. ECG: 12 leads. ECG: 12 leads.		
TRATAMENTO: sem alterações de tôrax. de acordo com o médico. 21/12/2020. 17:58. ECG: 12 leads. ECG: 12 leads.		
1) Radiografia 2) Duplexa 0,3 ml em 3) Observação		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de clavícula?		CARIMBO E ASSINATURA: Tamará Roper CRM 24.615
DESTINO DO PACIENTE:	INTERNADO	RESIDÊNCIA
TRANSFERIDO		EVASÃO
REMOVIDO PARA HOSPITAL:	HORA:	SENHA:



086402299



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

111.038.194-88

Nome

RANIERE GONCALVES BEZERRA

Nascimento

26/09/1993

CÓDIGO DE CONTROLE

247D.5598.3B0B.27B0



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:06:50 do dia 06/02/2017 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO

9.247.847

DATA DE EMISSÃO

10/02/2017

NOBRE

<< RANIERE GONÇALVES BEZERRA >>

FILIAÇÃO

<< FRANCISCO ASSIS BEZERRA >>
<< MARIA DA PENHA DA CONCEIÇÃO BEZERRA >>

NACIONALIDADE

MIRANDIA - PE

DATA DE NASCIMENTO

26/09/1993

DOC-ORIGEM

<< 075887 01 55 1995 1 00029 094

CPF

111.038.194-88

ASSINATURA DO DIRETOR


Diretor da Polícia Genérica (DPA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

12R-01


POLESAI DIREITO



CARTEIRA DE IDENTIDADE

RANIERE GONÇALVES BEZERRA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO TRANSPORTES E INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6870802 SDR PE

CPF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

PLACAO
ARCENO PEREIRA DA SILVA
A
MARIA JOSE DE MENEZES
SILVA

PERMISSAO
BOMBADEIRO

ACC
BOMBADEIRO

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04935894409

VALIDADE
08/01/2025

1ª HABILITAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Rosana de M. S. Cavalcante

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
09/01/2020

Assinatura do Emissor
Roberto Gomes Fernandes
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

96541934980
PE094975440

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933955697

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1933955697

DETRAN CONTRAN



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **154.362.794-30**

Nome: **MELINDA GONCALVES BEZERRA**

Data de Nascimento: **28/03/2018**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/04/2018**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:55:58** do dia **05/04/2021** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E21D.14E7.27CB.6E07**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

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: 3210114897

Nome do(a) Examinado(a): MELINDA GONCALVES BEZERRA

Endereço do(a) Examinado(a): TV DO ROSARIO, 267, Floresta/PE

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

Data e local do acidente: 30/12/2020 - Floresta/PE

Data e local do exame: 07/05/2021 - Serra Talhada/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.99156 , longitude: -38.29642

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

trauma da clavicular esq com limitação funcional / fratura da clavicular esq

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

ttto conservador sem complicação alta em fevereiro 2021

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo.

IV. Nexô 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

discreta aumento de volume , calo osseo

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.



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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114897

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do acidente: 30/12/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma da clavícula esquerda com limitação funcional

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, sem complicação
Alta em fevereiro 2021

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2021

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 ombro esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114897

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do acidente: 30/12/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma da clavícula esquerda com limitação funcional

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta extensão aos 45°, abdução aos 180°, adução aos 40°, rotação medial aos 90°, rotação lateral aos 70°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador,sem complicação
Alta em fevereiro 2021

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau residual no ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no ombro 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 dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114897

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do acidente: 30/12/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO TÓRAX E OMBRO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA COM 2 ANOS DE IDADE.
%SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114897

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

Data do acidente: 30/12/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO TÓRAX E OMBRO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: VÍTIMA COM 2 ANOS DE IDADE.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Raniene Gonçalves Bezerra
portador(a) do documento de identidade nº 9.247.847, expedido por SDS-PE, em
10/02/2017, inscrito no CPF sob o nº 111.038.194 - 88, residente na
Ru do Rosário, nº 267
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Flonesta, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Flonesta-PE 28 de Janeiro de 2021

Outorgante X Raniere Goncalves Bezerra

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095597/21

Vítima: MELINDA GONCALVES BEZERRA

CPF: 154.362.794-30

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 30/12/2020

Titular do CPF: MELINDA GONCALVES BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

RANIERE GONCALVES BEZERRA : 111.038.194-88

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

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: 07/04/2021
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 30/06/2023 15:29:00
Número do documento: 23063015281100600000133601165
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23063015281100600000133601165>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2023 15:28:11