





Hospital Municipal Dr. José Dantas Filho

## EXAME CLÍNICO

Data e Hora:	13.03.13	04:12	Nº Ocorrência:	
Nome:	Pompeia opinais de Bruto		Data de Nascimento:	03.06.85
Profissão:		Sexo: femin	Doc. Ident:	
End:	R. 10es de Almeida Barroso Centro		NF do ato:	1658306228400061
Responsável:	Antônio das Lages			
End/Fone:				
Tipo do Atendimento:	Acidente de trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>			
	Agredido <input type="checkbox"/>		Consulta <input type="checkbox"/>	
PA:	PESO:		Temperatura:	

Histórico e Exame Físico:

Tratamento:

Leve dor cervical -  
 Dor cervical intensa / Maciça com dor  
 Placar profunda C/ dor e tensão



Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Removido para Hospitais

Residência Internado Transferido 

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:







Registro n°

1446

Data 13/03/13 Hora 9:40

Nome Regenaria Gomes da Bento Data de Nascimento 03/06/85  
 Sexo F Idade 27 anos Cor Pardo Estado Civil Solteira  
 Naturalidade 50º Ano, Bauru, São Paulo - PE Profissão Estudante  
 Endereço R. José da Almeida s/n - Brotas - São Pedro PE  
 Filiação M do Socorro da Bento Jose Correia da Bento  
 Telefone ( ) \_\_\_\_\_ N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 8875900045  
 Trazido por Antonia Regenaria Gomes da Bento. Irma  
 Endereço O mesmo Telefone ( ) \_\_\_\_\_

Local do Acidente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Natureza do acidente  Casual  Tentativa Suicídio  Acidente Trânsito  
 Queda  Intoxicação  Outras Causas  
 Agressão  Acidente de Trabalho

Vítima(s) de ferimento(s) no braço(s)  
 bem ou tecido(s) muscular(es)  
 ósseo(s) ou dente(s). MBM  
 SEGURO(DA)RORA

09/03/2015

DPVAT

Diagnóstico Provisório

Verme(s), Ente(s), abrindo ferida(s)  
 ferido(s) em tecido(s)  
 ósseo(s) ou dente(s)

Conduta

Exames + ferida(s)

Dr. Ido Pereira de A. Melo  
 CRM 2000  
 MAM 1000

Médico - CREMEPE

Repcionista





**MBM**  
**SEGURADORA**

09 FEV. 2015

**DPVAT**

- |   |                                     |            |  |
|---|-------------------------------------|------------|--|
| <input type="checkbox"/> Curado               | <input type="checkbox"/> Óbito      | Em / /     | <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica |
| <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado |                                     | Hora _____ | <input type="checkbox"/> Alta Pedida               |
| <input type="checkbox"/> Inalterado           | <input type="checkbox"/> +48 Horas  |            | <input type="checkbox"/> Indisciplina              |
| <input type="checkbox"/> Piorado              | <input type="checkbox"/> - 48 Horas |            | <input type="checkbox"/> Transferência _____       |

Transferido para \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: O \_\_\_\_\_

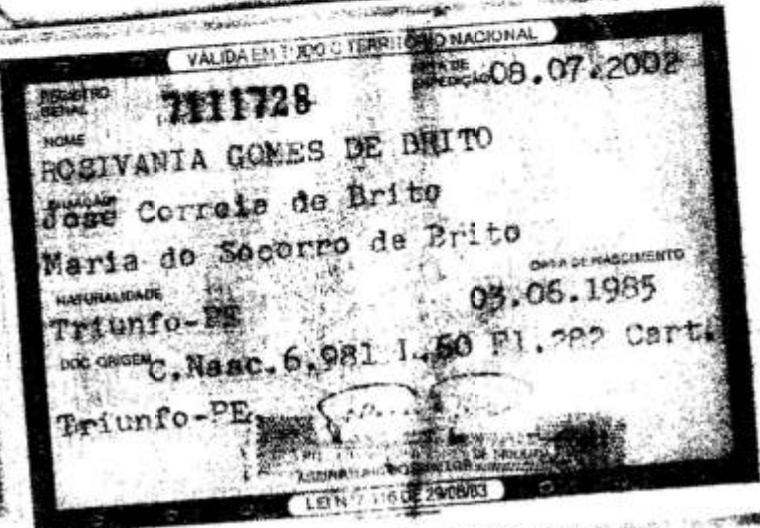
Observações: \_\_\_\_\_

Data: 15, 03, 13

Domingos Sérgio da C. Carvalho  
CRM: 123456

Médico CREMEPE (carimbo)







## Ministério da Fazenda

### Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 054.812.204-07

Nome da Pessoa Física: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 16:35:13 do dia 06/02/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: B034.521D.892D.FBFC

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



---

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6401856

A/C: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

**Sinistro:** 3150115530  
**Vítima:** ROSIVANIA GOMES DE BRITO  
**Data Acidente:** 13/03/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta n°: 6585189

A/C: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Sinistro: 3150115530  
Vitima: ROSIVANIA GOMES DE BRITO  
Data Acidente: 13/03/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000078386-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

Multa:	R\$	0,00
--------	-----	------

Juros:	R\$	0,00
--------	-----	------

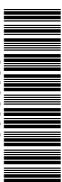
Total creditado:	R\$	1.687,50
------------------	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150115530      **Cidade:** Carnaíba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVANIA GOMES DE BRITO      **Data do acidente:** 13/03/2013      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/02/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO DE Perna Direita

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

## DANOS

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

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150115530      **Cidade:** Carnaíba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVANIA GOMES DE BRITO      **Data do acidente:** 13/03/2013      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NA Perna DIREITA, COM FERIMENTO EXLENTE LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

**Descrição do exame** APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA Perna DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO  
**médico pericial:** DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 03/03/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** FRANCISCO E MELO JR

**CRM do médico:** 15940

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

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

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** HELIO LATERMAN

**CRM do médico:** 52.36046-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

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

Nome do(a) Examinado(a): **ROSIVANIA GOMES DE BRITO** Sinistro: **3150115530** Data: **13/03/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SAO JOSE DE PILATOS, 570 - CASA ZONA RURAL - Triunfo - PE - CEP 56870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **7111728**

Data local do exame: [ **03/03/2015** ] **Afogados da Ingazeira** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**TRAUMA NA Perna DIREITA, COM FERIMENTO EXtenso LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA. APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NA Perna DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.**

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

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

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

**DANO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO.**

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

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

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

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):  
**JOELHO DIREITO**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

(  ) Total = "100% da IS"

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

  
**Dr. Francisco E. Melo Jr.**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 15940/TE/OT-11.923  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBO)

Casa de Saúde Dr. José Eivoide - CRM: 15940 - PE



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DUT  
0007\*

**DETAN - PE** **Nº 010201480090**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO**

VIA: **I** CÓD. RENAVAM: **392781190** P.R.N.T.R.C.: **\*\*\*\*\*** EXERCÍCIO: **2013**

NOME: **EDVAN RODRIGUES DA SILVA**

**S. C. BAIXA VERDE - PE**

CPF/CNPJ: **080.863.054-52** PLACA: **PEU4697**

PLACA ANTI-LE: **\*\*\*\*\* /PE** CHASSI: **9E02ED0580CR529720**

ESPECIE TIPO: **PAS** COMBUSTÍVEL: **GLP**

MARCA / MODELO: **HONDA/NXR150 Bros ES** ANO FAB: **2011** ANO MOD: **2012**

CAP / POT / CIL: **20/149CL** CATEGORIA: **Partic** DOR PREDOMINANTE: **FRENTA**

**I** COTA ÚNICA **VENC. COTA ÚNICA** **1º \*\*\*\*\***  
**P** IPVA 2013 QUITADO  
**V** FAIXA IPVA: **PARCELAMENTO / COTAB** **2º \*\*\*\*\***  
**A** **\*\*\*\*\*** **3º \*\*\*\*\***

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) **10F (R\$)** PRÉMIO TOTAL (R\$) **10F (R\$)** DATA DE PAGAMENTO: **23/02/13**

**SEGURADO PAGO** OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA.**

**S. C. BAIXA VERDE** DATA: **23/02/13**

**CONTRAN**

**MMB M B M SEGURADORA**  
09 FEV. 2015  
**DPVAT**

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PE Nº 010201480090 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**DESENHE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCÍCIO 2013**

CPF / CNPJ: **080.863.054-52** PLACA: **PEU4697**

**EDVAN RODRIGUES DA SILVA**

**CASA**  
**S. C. BAIXA VERDE - PE 56995-000**  
**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

EXERCÍCIO: **2013** DATA DE EMISSÃO: **24/02/13**

VIA: **I** CPF / CNPJ: **080.863.054-52** PLACA: **PEU4697**

RENAVAM: **392781190** MARCA / MODELO: **HONDA/NXR150 Bros ES**

ANO FAB: **2011** COTAB: **09** CHASSI: **9E02ED0580CR529720**

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

PRÉMIO (R\$) **10F (R\$)** DENATAN (R\$) **10F (R\$)** CUSTO DO SEGURO (R\$) **10F (R\$)**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **10F (R\$)** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) **10F (R\$)**

**SEGURADO PAGO** PAGAMENTO: **1º COTA ÚNICA** DATA DE QUITAÇÃO: **1º PARCELA**

**MMB M B M SEGURADORA**  
Av. Maria de Fátima Deputada Z. Costa  
Dir. Presidente DETRAN/PE

**Seguradora Líder dos Consórcios**  
**do Seguro DPVAT S/A**  
CNPJ: 09.248.808/0001-04



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

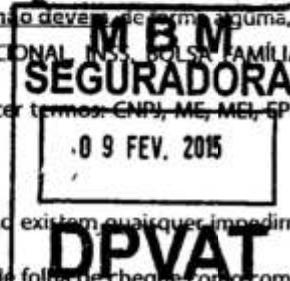
**Eu Rosivânia Gomes de Brito**

PORTADOR(A) DO RG Nº 7111728 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 08/07/2002  
 CPF 064812204-07 /CNPJ 0000000000000000. PROFISSÃO Agricultor  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosivânia Gomes de Brito. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSTITUCIONAL, FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.



09 FEV. 2015

DPVAT

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0914-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78386-3

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

Florianópolis, PE, 27 de Januário de 2015 Rosivânia Gomes de Brito  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-212-0000.





DV - 8





file:///C:/Users/PERMANÊNCIA/info/pol/.../BOLETOview.html

24/01/2015

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAIBA -  
DP101ºCIRC DINTER2/20ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 15E0270000049**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/01/2015  
10:23

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumador)**  
que aconteceu no dia 13/3/2013 às 08:10

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARNAIBA, 1 - Bairro: CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FÁBRICA DE CIMENTO**

Lugar do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**ROSIVANIA GOMES DE BRITO ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
**ROSIVANIA GOMES DE BRITO**

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

**ROSIVANIA GOMES DE BRITO** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês: MARIA DO SOCORRO DE BRITO Pai: JOSE CORREIA DE BRITO Data de Nascimento: 3/6/1988 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8876808646/MT/PE (RG), 05481220467 (CPF), 04726888521 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: TÉCNICO AGRÍCOLA Telefones Celulares: - 8788338121

Residencial: **SÍTIO SÃO JOSÉ DE PILOTOS, ENCRUZILHADA - TRIUNFO/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 1 - CEP: 54660-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, ENCRUZILHADA**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**VEÍCULO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a). **ROSIVANIA GOMES DE BRITO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido:  
Cor **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PFD4847** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **382781199** Chassi:



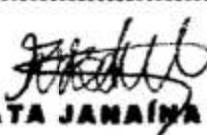


001000000000000  
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

#### Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DA VÍTIMA, NA DATA CITADA, QUANDO TRANSPORTAVA SE MOTOCICLETA, NAS IMEDIATOES DA FÁBRICA DE CIMENTO, LOCALIZADA NESTE MUNICÍPIO. DEPAROU-SE COM UM ACIDENTE NO AGOSTAMENTO, AO SEGUIR, UM MOTOCICLISTA QUE VINHA ATRAS, A ULTRAPASSOU DE VEZ, TOMANDO SUA FRENTE E FREOU PARA OBSERVAR O ACIDENTE. A VÍTIMA CHOCOU-SE NA TRASEIRA DO VEÍCULO, CAUSANDO UM FERIMENTO PROFUNDO NA Perna DIREITA. O MOTOCICLISTA SEGUIU SEM PRESTAR SOCORRO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UM MOTORISTA QUE PASSAVA, E LEVAVA ATÉ O HOSPITAL DE CARNAÍBA. DE IMEDIATO, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA-PE, ONDE FOI CIRURGIADA. CONTA QUE DURANTE UM ANO E OITO MESES FICOU IMPOSSIBILITADA DE REALIZAR SUAS TAREFAS DIÁRIAS, INCLUSIVO DE TRABALHAR.

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

  
B.O. registrado por: RENATA JANAÍNA B. VASCONCELOS - MAT. 273.627-6 -  
Matrícula: 273.627-6

  
Delegacia de Polícia de Carnaíba  
180º Circunscrição  
CIA CIVIL DE PERNAMBUCO



Rufie Gomes de F. Ferreira



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Rosivônia Gomes de Brito, portador da carteira de identidade nº 7111728 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054.812.204-07, residente e domiciliado na Sítio São José de Pilotos - Incrustilhada, Cidade Triunfo, Estado PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Rosivônia gomes de Brito

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Floris, PE 27 de janeiro de 2015

Local e data





Comprovação de

REGISTRO MUNICIPAL



Secretaria Municipal de Saúde

Hospital Municipal Dr. José Dantas Filho

**BÔNUS DE PREVENÇÃO**

Data e Hora:	13-03-13	07:12	Nº Ocorrência:	
Nome:	Pomivama gomes de Brito		Data de Nascimento:	103.06.85
Profissão:		Sexo: feminino	Doc. Ident:	
End:	R. 1023 s/n, Almeida Branco Costa		Nº do SUS:	165.8306.1284.00061
Responsável:	Marcos da Ingazeira			
End/Fone:				
Tipo do Atendimento:			Acidente de trânsito <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>
			Agressão <input type="checkbox"/>	Consultas <input type="checkbox"/>

PA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Histórico e Exame Físico:

Tratamento:

levo levo explorar -  
 Podeu levo amarrar / acalmar os animais  
 Laccage / tapar o levo e trazer



Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente

Removido para Hospitais

Residência Internado Transferido 

Óbito às \_\_\_\_\_ horas do dia

Medico - Carimbo e CRM:

comprovação de Ato declaratório





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosivânia Gomes de Brito

RG nº 7111728, data de expedição 08/07/2002 Órgão SSP - PE,

CPF nº 054812204-07, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Sítio São José de Pilatos-Incrustilhada
Número	570
Apto / Complemento	-
Bairro	Zona Rural
Cidade	Triunfo
Estado	PE
CEP	56870-000
Telefone de Contato	(87) 9935-5533 / (87) 9809-7509 / (87) 3857-1815
E-mail	Joinhedeamilia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Flores, PE 27 de janeiro de 2015

Assinatura do Declarante: X Rosivânia Gomes de Brito



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000078386-3

---

Nr. da Autenticação 309A976C8798ADFE