



Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 845	01/12/2020 13:58	<a href="#">2617686_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_05</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRIUNFO/PE**

**Processo: 0000096320198173520**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROSIVANIA GOMES DE BRITO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### DO MÉRITO

#### DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

#### LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado e recebido administrativamente verba indenizatória DPVAT no valor de R\$1.687,50 referente a sinistro ocorrido em 13/03/2013, ocasião em que adquiriu a mesma lesão aferida no presente laudo, no joelho direito.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de JOELHO DIREITO, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.


Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.



## DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no joelho direito com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$843,75:

<b>PARECER DE PERÍCIA MÉDICA</b>		 <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
<b>Número:</b> 3180311082	<b>Cidade:</b> Santa Cruz da Baixa Verde	<b>Natureza:</b> Invalidez Permanente		
<b>Vítima:</b> ROSIVANIA GOMES DE BRITO	<b>Data do acidente:</b> 30/07/2017	<b>Seguradora:</b> GENTE SEGURADORA S/A		
<b>PARECER</b>				
<b>Diagnóstico:</b> FERIMENTO CORTO CONTUSO EXTENSO NA PERNA DIREITA, COM PERDA DE TECIDO.				
<b>Descrição do exame médico pericial:</b> A VITIMA APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICAL NA REGIÃO ANTERO LATERAL DA PERNA DIREITA COM LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.				
<b>Resultados terapêuticos:</b> A VITIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E SUTURA EVOLUINDO COM ÚLCERA PÓS TRAUMÁTICA E RETRAÇÃO CICATRICAL.				
<b>Sequelas permanentes:</b> Limitação funcional do joelho direito				
<b>Sequelas:</b> Com sequela				
<b>Data da perícia:</b> 30/08/2018				
<b>Conduta mantida:</b>				
<b>Observações:</b>				
<b>Médico examinador:</b> Francisco Erlândio de Melo Junior				
<b>CRM do médico:</b> 15940				
<b>UF do CRM do médico:</b> PE				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior direito com repercussão intensa (75%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO JOELHO DIREITO.**



Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

**DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO *EXPERT* PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O JOELHO DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO, JOELHO DIREITO.**

**Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TRIUNFO, 23 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 847	01/12/2020 13:58	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180311082 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO EXTENSO NA PERNA DIREITA, COM PERDA DE TECIDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VITIMA APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICAL NA REGIÃO ANTERO LATERAL DA PERNA DIREITA COM LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** A VITIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E SUTURA EVOLUINDO COM ÚLCERA PÓS TRAUMÁTICA E RETRAÇÃO CICATRICAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Francisco Erlandio de Melo Junior

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 849	01/12/2020 13:58	<a href="#">ANEXO 2</a>	Outros (Documento)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000078386-3

---

---

Nr. da Autenticação B69CEA5344B51900







Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 851	01/12/2020 13:58	<a href="#">Anexo 3</a>	Outros (Documento)

Grupo Necepar  
 A vida de todos depende de energia elétrica  
 A vida de todos depende de energia elétrica  
 A vida de todos depende de energia elétrica

Empresa Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**ENERGIA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Pernambuco - CEP 50050-902  
 www.eepa.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 MAR - L O SOUCCORRO GOMES DE BR  
 CPF: 352.514.764-34

1 UNIDADE CONSUMIDORA  
 S JOSE DOS PILOTOS 570 JOSE  
 - JEL-MC DO INSCUMENTO  
 TRUNFO - RURAL TRUNFO RURAL  
 TRUNFO PE  
 5067-300

CLASSIFICAÇÃO  
 03 RUPM  
 AGRICULTURA RURAL OU URBANA  
 Mensário

00000119 08/2014  
 00000119 27/10/2014  
 48,42

00360078 37CA 25/05/2014  
 25/09/2014 2019171718 2534825

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNIT
	0,24105428

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IP DO MEDIDOR	TU	DATA	ATUAL	LEITURA	IP DE	CONSTANTE	AJ
		25/09/2014	27.000.00		32	1.000	

ICMS  
 PIS  
 COFINS

318 009C F063 5400 679

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este documento é emitido em nome do consumidor e não representa a responsabilidade da concessionária de energia elétrica. O consumidor é responsável pelo pagamento da conta de energia elétrica e pelo cumprimento das condições de uso do serviço.

Classificação de risco pagamento de energia elétrica

Mês	Valor	Valor	Valor	Valor
MAIO	30,25			

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

NÍVEL DE TENSÃO

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







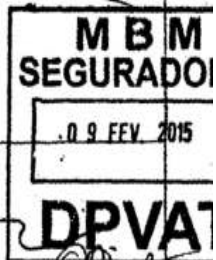
**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Nº 45

Data e Hora: <u>13.03.13</u>	<u>09.03</u>	Data Nasc.: <u>03/06/85</u>
Nome: <u>Requiana Gomes de Brito</u>		
Mãe: <u>M. do Socorro de Brito</u>		
Profissão: <u>Estudante</u>	Sexo: <u>F</u>	Doc. Ident.: <u>8875900045</u>
Responsável: <u>a mesma</u>		
End do Paciente / Fone: <u>Júlio de Almeida - S/N - Costa - Ajoaguas PE</u>		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:  
ferimentos externos e  
unho. 1/3 unho - 2  
vt unho



Tratamento:  
 1) Wyg e unho - 1º e 2º  
 2) Wyg e unho - 1º e 2º  
 3) Wyg e unho - 1º e 2º  
 4) Wyg e unho - 1º e 2º

Impressão Diagnóstica:  
ferimentos externos e unho de unho de unho

Paciente: Residência  Internado  Transferido   
 para Hospital  
 hs do dia  
 Carimbo e CRM: [Signature]





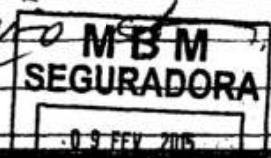


Registro nº 1446 Data 13/03/13 Hora 9:40

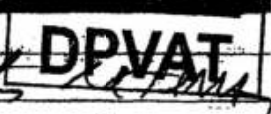
Nome Rosivania Gomes de Brito Data de Nascimento 03/06/85
Sexo F Idade 27 anos Cor Preta Estado Civil Solteira
Naturalidade São Luiz Gonzaga - PE Profissão Estudante
Endereço R. Inus de Almeida s/n - Costa - Açogados - PE
Filiação M do Socorro de Brito José Correia de Brito
Telefone ( ) N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 8875900045
Trazido por Antonia Reginalda Gomes de Brito - irmã
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

Vítimas de homicídio no município de Serra Talhada e município de Araripe - PE.



Município de Serra Talhada e município de Araripe - PE.



Diagnóstico Provisório Homicídio Cultural do Povoamento de Serra Talhada e Araripe - PE.

Conduta Exame de corpo + exames

Dr. Ilo Pereira de A. Melo CRM 8588 Médico - CREMEPE

Recepcionista







DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

0012

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁXI MARI

ROSIIVANIA GOMES DE BRITO

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1985

CPF: 89414410823

ZONA: 069

MUNICÍPIO/UF: SANTA CRUZ DA CRISELA/PE

DATA DE VALIDADE: 14/08/2009

ASSINATURA DO TITULAR: Rosivania Gomes de Brito

CAFEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE VOTO: 7111728

DATA DE EMISSÃO: 08.07.2002

NOME: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

ESPOSO: JOSE Correia de Brito

MARIA DO Socorro de Brito

NATURALIDADE: Triunfo-PE

DATA DE NASCIMENTO: 03.06.1985

DOC. ORIGEM: C. Nasc. 6.981 1.50 Fl. 282 Cart.

Triunfo-PE

LEI Nº 116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDA SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUIZ DE ELEIÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROSIIVANIA GOMES DE BRITO

CPF: 894.812.204-07

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1985

NOME: JOSE CORREIA DE BRITO

MARIA DO SOCORRO DE BRITO

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1985

CPF: 894.812.204-07

DATA DE VALIDADE: 14/08/2009

LOCAL: SANTA TEREZINA - PE

DATA DE VALIDADE: 10/09/2014

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

MINISTERIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

054.812.204-07

ROSIIVANIA GOMES DE BRITO

03/06/1985

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROSIIVANIA GOMES DE BRITO

CPF: 894.812.204-07

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1985

NOME: JOSE CORREIA DE BRITO

MARIA DO SOCORRO DE BRITO

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1985

CPF: 894.812.204-07

DATA DE VALIDADE: 14/08/2009

LOCAL: SANTA TEREZINA - PE

DATA DE VALIDADE: 10/09/2014

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

**M B M**  
**SEGURADORA**

09 FEV. 2015

**DPVAT**





**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

Digito 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag: 00187/00188 - carta\_02



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 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

Pag. 01277701278 - carta\_15R

00030639



## 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 EXTENSO LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICAL NA PERNA DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO 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

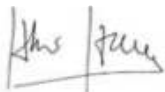
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**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 opção 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**

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

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 - assinalar 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/PE-11.923  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)  
Casa de Saúde Dr. José Evoide - CRM: 15940 - PE





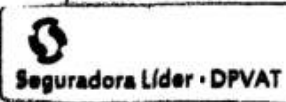
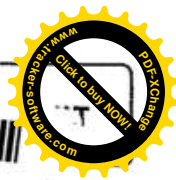
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
<b>DETRAN - PE Nº 010201480090</b> CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		<b>PE Nº 010201480090 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
VIA	COO-RENAVAM	PLATAC	EXERCICIO
I	392781190	*****	2019
NOME			
EDVAN RODRIGUES DA SILVA			
S C BARRA VERDE - PE			
OFF / CNPJ	PLACA		
092.862.054-52	PE04647		
PLACA ANTI-UR	CHASSI		
*****	3C2RD0550CR323790		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL		
235	MOTOCICLO		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / NORISU 250S ES	2011	2012	
CAP / POT / OIL	CATEGORIA	DOA PREDOMINANTE	
23 / 149CL	SAFEC	PREVISTA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS	
I	1	1	*****
P	IPVA 2013 QUITADO	2	*****
V	FAIXA IVVA	PARCELAMENTO / COTAS	3
A	1	3	*****
PREMIO TARIFARIO (R\$)	DP (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
S. C. BARRA VERDE			
MAYRA de Fátima Nepomuceno Costa Diretora Presidente DETRAN/PE			
RENAVAM		DETRAN	

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

**Seguradora Líder dos Consórcios**  
**do Seguro DPVAT S/A**  
 CNPJ: 08.248.808/0001-04







# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



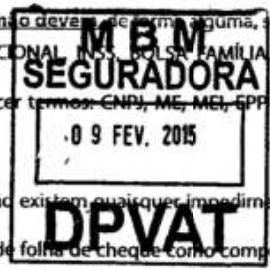
Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 711728 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 08/07/2002  
CPF 064812204-07 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Agricultora  
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** ser apresentados:



- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL INSS, BOLSA 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.

**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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Flores, PE, 27 de Janeiro 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 0800-0...





DV-8







file:///C:/Users/PERMANÊNCIA/infopol/hum/SIDE/Preview.html

24/01/2015



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAIBA -  
DP101ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0270000049



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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 13/3/2013 às 06:10

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



AUTENTICAÇÃO  
Presente Cópia para Reprodução  
Fiel do Original Dou Fé,  
Fls. PE 20/01/15  
Ruthie Gomes de F. Santos  
Gerente Saberes Santana  
TABELA 8  
Ruthie Gomes de F. Santos  
SECRETARIA

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

**ROSIVANIA GOMES DE BRITO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe:  
**MARIA DO SOCORRO DE BRITO** Pai: **JOSE CORREIA DE BRITO** Data de Nascimento:  
3/6/1985 Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8876300048/MT/PE**  
(RG), **05481220407** (CPF), **04720028521** (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª**,  
**GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO AGRICOLA** Telefones Celulares:  
- **8758338121**

Residencial: **SÍTIO SÃO JOSÉ DE PILOTOS, ENCRUZILHADA - TRIUNFO/PERNAMBUCO  
/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1 - CEP: 54000-000 - 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: **PDF4647** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **382721189** Chassi:





XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DA VÍTIMA, NA DATA CITADA, QUANDO TRANSITAVA DE MOTOCICLETA, NAS IMEDIAÇÕES DA FÁBRICA DE CIMENTO, LOCALIZADA NESTE MUNICÍPIO. DEPAROU-SE COM UM ACIDENTE NO ACOSTAMENTO, 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, INCLUSIVE DE TRABALHAR.

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

*[Handwritten signature]*

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

*x Rosivânia gomes de Brito*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Rosivânia Gomes de Brito, portador da carteira de identidade nº 7111728 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054812204-07, residente e domiciliado na Sítio São José de Pilotos - Incuruzilhada, 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 Rosivânia Gomes de Brito

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Flores, PE 27 de fevereiro de 2015

Local e data







**BOLHÃO DE Ocorrência**

Data e Hora:	13-03-13	09:12	Nº Ocorrência:
Nome:	Romana Gomes de Brito		Data de Nascimento:
Profissão:	Sexo:	fem	Doc. Ident:
End:	R. José de Almeida - Bairro Costa		Nº do SUS: 1658306228400061
Responsável:	Fátima da Lins		
End/Fone:			
Tipo do Atendimento:	Acidente de trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>		
	Agressão <input type="checkbox"/>		Consulta <input type="checkbox"/>
PA:	PESO:	Temperatura:	
Histórico e Exame Físico:			
<p><i>Leve dor cefálica -          Poder de pulso / Aorta de anti          Laceração profunda / lesão e ferida</i></p>			
Tratamento:			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p><b>M B M</b>  <b>SEGURADORA</b>            09 FEV. 2015  <b>DPVAT</b></p> </div>			
Impressão Diagnóstica:			
Destino do Paciente			
Removido para Hospitais	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Óbito às _____ horas do dia			

Medico - Carimbo e CRM:

*comprovação de Ato declaratório*





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosivônia 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: X Rosivônia 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: 000000078386-3

---

---

Nr. da Autenticação 309A976C8798ADFE





Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 852	01/12/2020 13:58	<a href="#">Anexo 4</a>	Outros (Documento)

Grupo Neenergia  
 A vida é um jogo e a vida é um jogo e a vida é um jogo...  
 A vida é um jogo e a vida é um jogo e a vida é um jogo...  
 A vida é um jogo e a vida é um jogo e a vida é um jogo...

Empreendimento Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**EMPRESA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Pernambuco - CEP 50050-902  
 www.eepa.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 MAR - L O SOUORRO GOMES DE BR  
 CPF: 352.514.764-34

1 UNIDADE CONSUMIDORA  
 S JOSE DOS PILOTOS 570 JOSE  
 GEOM DO PISAMENTO  
 TRUNFO RURAL TRUNFO RURAL  
 TRUNFO PE  
 506 T-300

CLASSIFICAÇÃO  
 03 RUPM  
 AGRICULTURA RURAL OU URBANA  
 Mensal

00000119 08/2014  
 00000119 27/10/2014  
 48,42

INSCRIÇÃO ESTADUAL	ICMS	DATA
00360078	37CA	25/05/2014
ARRECATÓRIO	IPIS	INSCRIÇÃO
25092014	201917178	2534825

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNIT
	0,24105428

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

IP DO MEDIDOR	TU	DATA	ATUAL	LEITURA	IPIS	CONSTANTE	AJ
		25/05/2014	27.000.00		32	1.000	

ICMS  
 PIS  
 COFINS

318 0000 F000 5400 679

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este documento é emitido em nome do consumidor e não representa a responsabilidade da concessionária de energia elétrica. O consumidor é responsável por manter o medidor em condições adequadas de funcionamento e por avisar imediatamente a concessionária de qualquer avaria ou furto. A concessionária não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de interrupções de serviço ou de qualquer natureza decorrentes de problemas de natureza elétrica.

Classificação de pagamento (a) ou (b) de energia elétrica

Mês	Classe	Valor	Valor	Valor	Valor
MAI/14	700014	30,25			

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, assim como poderá ocorrer a inclusão nos registros de restrição de crédito do FPC e CERASA, com as sanções previstas em lei, bem como a inclusão no cadastro de inadimplentes, para consulta, pelo sistema de proteção de crédito, para a concessão de crédito por parte de instituições financeiras e para a inclusão no SPC.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

NÍVEL DE TENSÃO

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









# HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE



## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 45

Data e Hora: 13.03.13	09.03	Data Nasc.: 03/06/85
Nome: Rosivania Gomes de Brito		
Mãe: M. do Socorro de Brito		
Profissão: Estudante	Sexo: F	Doc. Ident.: 8875900045
Responsável: a mesma		
End do Paciente / Fone: Jns de Almeida - S/N - Costa - Ajoaguas PE		
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>		
Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:  
 Ferimentos Extensos e  
 Mão 1/3 moles - 2  
 Vt normal

**M B M**  
**SEGURADO**  
 09 FEV 2015  
**DPVA**

Tratamento:  
 1) Wye e wct - 1º e 2º  
 2) Kuf live 2/3 para teste  
 3) Aflição - manuf. 08:20  
 4) Eucalipto no bloco 08

Impressão Diagnóstica:  
 Ferimentos Extensos e Mão de Brito

o Paciente: Residência  Internado  Transferido

para Hospital

hs do dia

Carimbo e CRM:





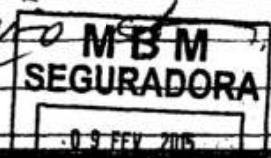


Registro nº 1446 Data 13/03/13 Hora 9:40

Nome Regivania Gomes de Brito Data de Nascimento 03/06/85  
Sexo F Idade 27 anos Cor Parde Estado Civil Solteira  
Naturalidade São Luiz Gonzaga - PE Profissão Estudante  
Endereço R. Inus de Almeida s/n - Costa - Agogados PE  
Filiação M do Socorro de Brito Jose Correia de Brito  
Telefone ( ) N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 8875900045  
Trazido por Antonia Regivania Gomes de Brito - irmã  
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 de furto de bens pessoais e documentos em museu de história.



Ativ: Furto de bens pessoais e documentos em museu de história.



Diagnóstico Provisório Furto de bens pessoais e documentos em museu de história.

Conduta Exames + Futuro

Dr Ilo Pereira de A. Melo  
CRM 8588  
Médico - CREMEPE

Recepcionista







DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

0012

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁXIIS BUENOS

ROSIIVANIA GOMES DE BRITO

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1985

CPF: 89414410823

ZONA: 069

MUNICÍPIO/UF: SANTA CRUZ DA CALHADA/PE

DATA DE VALIDADE: 14/08/2014

ASSINATURA: Rosivania Gomes de Brito

CAFEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 7111728

DATA DE EMISSÃO: 08.07.2002

NOME: ROSIVANIA GOMES DE BRITO

PAI: JOSE Correia de Brito

MÃE: Maria do Socorro de Brito

NATURALIDADE: Triunfo-PE

DATA DE NASCIMENTO: 03.06.1985

DOC. ORIGEM: C.Nasc. 6.981 I.50 Fl.282 Cart.

Triunfo-PE

LEI Nº 116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDA SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUIZ DE ELEIÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROSIIVANIA GOMES DE BRITO

CPF: 894.812.204-07

DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1985

NOME: JOSE CORREIA DE BRITO

MÃE: MARIA DO SOCORRO DE BRITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

869020507

DATA DE EMISSÃO: 08/03/2011

VALIDADE: 14/08/2014

LOCAL: SANTA TEREZINA - PE

DATA DE VALIDADE: 10/09/2014

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

MINISTERIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

054.812.204-07

ROSIIVANIA GOMES DE BRITO

03/06/1985

**M B M**

**SEGURADORA**

09 FEV. 2015

**DPVAT**





**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

Digito 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).

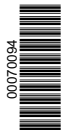
ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag: 00187/00188 - carta\_02



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 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.

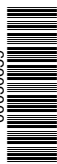
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01277701278 - carta\_15R

00030639





## 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 EXTENSO LACERO-CONTUSO E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICAL NA PERNA DIREITA, COMPROMETENDO E LIMITANDO A FLEXÃO DO JOELHO 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

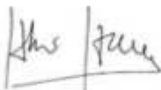
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**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 opção 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**

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

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 - assinalar 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.**  
Osteopata e Traumatologista  
CRM - 15940/TEO-11.923  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Osteopatia e Traumatologia (SBOT)  
Casa de Saúde Dr. José Evoide - CRM: 15940 - PE





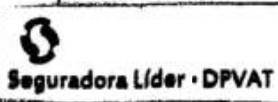
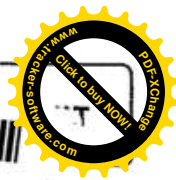
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
<b>DETRAN - PE</b> Nº 010201480090 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		<b>PE Nº 010201480090</b> BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA	COO-RENAVAM	PLATAC	EXERCICIO
I	392781190	*****	2019
NOME			
EDVAN RODRIGUES DA SILVA			
RUA			
S C BARRA VERDE - PE			
OFF / CNPJ	PLACA		
092.862.054-52	PE04647		
PLACA ANTI-UR	CHASSI		
*****	3C2KD0550CR323790		
ESPECIFICACAO	COMBUSTIVEL		
233	MOTOCICLO		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / NORISU 250S ES	2011	2012	
CAP / POT / OIL	CATEGORIA	DOA PREDOMINANTE	
23/149CL	PARTEC	PREVISTA	
COTA UNICA	VENCO. COTA UNICA	VENCO. COTAS	
I	1	1	*****
P	IPVA 2013 QUITADA	2	*****
V	FAIXA IVVA	PARCELAMENTO / COTAS	3
A	1	3	*****
PREMIO TARIFARIO (R\$)	DP (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
S. C. BARRA VERDE			
MAYRA de Fátima Nepomuceno Costa Diretora Presidente DETRAN/PE			
RENAVAM		DETRAN	

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

**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A**  
CNPJ: 08.248.808/0001-04







# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



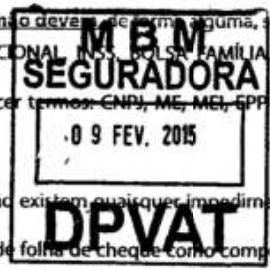
Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 711728 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 08/07/2002  
CPF 064812204-07 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Agricultora  
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** ser apresentados:



- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL INST, BOLSA 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.

**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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Flores, PE, 27 de Janeiro 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 0800-0...





DV-8







file:///C:/Users/PERMANÊNCIA/infopol/hum/SIDE/Preview.html

24/01/2015



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 180ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARNAIBA -  
DP101ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0270000049



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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 13/3/2013 às 06:10

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



AUTENTICAÇÃO  
Presente Cópia para Reprodução  
Fiel do Original Dou Fé,  
Fls. PE 001/01/15  
Ruthie Gomes de F. Santos  
Gerente de Tabelas  
Ruthie Gomes de F. Santos  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

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

**ROSIVANIA GOMES DE BRITO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe:  
**MARIA DO SOCORRO DE BRITO** Pai: **JOSE CORREIA DE BRITO** Data de Nascimento:  
3/6/1985 Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8876300048/MT/PE**  
(RG), **05481220407** (CPF), **04720028821** (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª**,  
**GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO AGRICOLA** Telefones Celulares:  
- **8758338121**

Residencial: **SÍTIO SÃO JOSÉ DE PILOTOS, ENCRUZILHADA - TRIUNFO/PERNAMBUCO**  
**/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1 - CEP: 54000-000 - 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: **PDF4647** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **302721100** Chassi:





XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Ano Fabricação/Modelo 2011/2012

Complemento / Observação

DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DA VÍTIMA, NA DATA CITADA, QUANDO TRANSITAVA DE MOTOCICLETA, NAS IMEDIAÇÕES DA FÁBRICA DE CIMENTO, LOCALIZADA NESTE MUNICÍPIO. DEPAROU-SE COM UM ACIDENTE NO ACOSTAMENTO, 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, INCLUSIVE 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

x *Rosivânia gomes de Brito*





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Rosivânia Gomes de Brito, portador da carteira de identidade nº 7111728 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054812204-07, residente e domiciliado na Sítio São José de Pilotos - Incuruzilhada, 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 Rosivânia Gomes de Brito

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Flores, PE 27 de fevereiro de 2015

Local e data





**BOLHÃO DE ATENDIMENTO**

Data e Hora:	13-03-13	09:12	Nº Ocorrência:
Nome:	Romana Gomes de Brito	Data de Nascimento:	03-06-85
Profissão:		Sexo:	fem
End:	R. José de Almeida, Bairro Costa	Doc. Ident:	
Responsável:	Supervisor da Limpeza	Nº do SUS:	1658306228400061
End/Fone:			
Tipo do Atendimento:	Acidente de trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>		
	Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>		
PA:	PESO:	Temperatura:	
Histórico e Exame Físico:			
<p><i>Acidente de trânsito -</i>  <i>Acidente de trânsito / Acidente de trânsito</i>  <i>Acidente de trânsito / Acidente de trânsito</i></p>			
Tratamento:			
<p><i>Acidente de trânsito / Acidente de trânsito</i>  <i>Acidente de trânsito / Acidente de trânsito</i></p>			
Impressão Diagnostica:			
Destino do Paciente			
Removido para Hospitais	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Óbito às _____ horas do dia			



Medico - Carimbo e CRM:

*comprovação de Ato declaratório*





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosivônia 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: X Rosivônia 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: 000000078386-3

---

---

Nr. da Autenticação 309A976C8798ADFE







Número: **0000009-63.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIVANIA GOMES DE BRITO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71873 853	01/12/2020 13:58	<a href="#">Anexo 5</a>	Outros (Documento)

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180311082 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVANIA GOMES DE BRITO **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO EXTENSO NA PERNA DIREITA, COM PERDA DE TECIDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VITIMA APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICAL NA REGIÃO ANTERO LATERAL DA PERNA DIREITA COM LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** A VITIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E SUTURA EVOLUINDO COM ÚLCERA PÓS TRAUMÁTICA E RETRAÇÃO CICATRICAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Francisco Erlandio de Melo Junior

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

