

# 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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 00000026626-0

---

Nr. da Autenticação C1C2F92C98C2EE58

COMPREV  
CONTREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

14 AGO 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

MARIA EDJANE DUARTE DE MELO  
R R JOAO 23 231  
CASA VILA ANAPOLIS  
55200 - 000 PESQUEIRA PE

Acesse sua conta e outros serviços:  
No App Minha Claro  
Na internet - minhadclaro.com.br  
Pelo celular \*1052#  
No Atendimento Claro 1052  
Para fatura em braille, ligue 1052  
Para deficiente auditivo, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado	R\$ 39,99
2. Outros Lançamentos	R\$ 42,16
<b>Total</b>	<b>R\$ 82,15</b>

2ª Via de Fatura

Período de Uso  
de 17/06/2019 a 16/07/2019

Vencimento  
08/08/2019

1. Plano Contratado 87 99137 6134  
Oferta Conjunta Claro MiX  
Aplicativos Digitais  
Claro Controle 3GB + Minutos ilimitados (158)  
Desconto Claro Controle 3GB + Minutos ilimitados (158)

Valor R\$  
49,99  
-  
-  
-10,00

Serviços Inclusos no seu Plano  
Pacote de Dados Controle 3GB

Sub Total - Plano Contratado	R\$ 39,99
3. Outros Lançamentos Débitos Anteriores - Ref 07/2019 Juros e Multa	41,24 0,92
Sub Total - Outros Lançamentos	R\$ 42,16
<b>Total a Pagar</b>	<b>R\$ 82,15</b>

Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.  
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor das serviços) não são repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 133# - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica

\*para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
MARIA EDJANE DUARTE DE MELO	224488897	17/06/19 a 16/07/19	R\$ 82,15	08/08/19

84840000000-3 | 82150221201-6 | 90808224488-2 | 89701628122-9

Autenticação Mecânica: solicitemos não rasurar, dobrar ou perfurar.

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, José Ednildo de Melo

RG nº 5876.973

, data de expedição 09/08/2006

Órgão SOS

, portador do CPF nº 025.944.514-28

com domicílio na cidade de Pesqueira, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua- Raul Seixas - Vila Anápolis, nº 05

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Maria Edijane Duarte de Melo, cujo o condutor era

Maria Edijane Duarte de Melo.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 125 FAN RS Ano: 2009

Placa: KLG 6244 Chassi: 9C27C41109R024842

Data do Acidente: 07/08/19

Local e Data:

Pesqueira 07/08/19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

SERVENTIA NOTARIAL DE PESQUEIRA  
Titular: ANTONIO FERNANDO DA SILVA  
Telefone: (87) 38355-244

Reconheço a firma por autenticidade do JOSE EDNILDO DE MELO. Pesqueira/PE, 07/08/2019. Emol. 3,39. TSNR 0,80. FERF 0,04. FUNSEG 0,08. FERC 0,40 + ISS R\$ 0,20. Total 4,91. Julyanne Roberta Oliveira de Melo - Escrivente.

Selo: 0073924.JEC07201901.01842 07/08/2019 11:31:59  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

Julyanne Roberta O. de Melo  
Escrivente

14/05/2019

COMPRE

PREVIDÊNCIA SIA

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número do registro: 49145	Data e hora do Atendimento: 12/01/2019 16:08	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: URGÊNCIA GERAL
------------------------------	---	--	-------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: MARIA EDJANE DUARTE DE MELO  
Nascimento: 18/10/1959 Idade: 29 Sexo: Feminino Cor: Sem informação  
CNS: Naturalidade: PESQUEIRA Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Profissão:  
Filiado/Mãe: OLIVIA FEITOZA DUARTE DE MELO

Documento: Ignorado Pat:

Endereço: R - TRANCOREDO NEVES 164 Complemento:  
Bairro: Cidade: PESQUEIRA UF: PE Telefone:

Acompanhante: Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim  Não

Procedência: VILA ANÁPOLIS

Atendimento Classificação de Risco:

Data: 12/01/2019 Hora do Atendimento: 16:08 Enfermeiro: Coran:

Sintoma Principal:

Queda de moto refere dor em M20.

IDA:

NASO | 1040

COMPREV  
COM: REV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

14 AGO 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não

Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo: Motorista  Passageiro

Colisão: Sim  Não  Local do Impacto:

Atropelamento: Sim  Não  Tipo: Sofreu Queda: Sim  Não  Altura: m

Vítima de Ferimento: Sim  Não  Tipo: Transporte realizado por:

Queimadura: Sim  Não  Por: Por que:

Condições de Imobilização adequada: Sim  Não

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea está pélvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: °C

B: Respiratório

FC: x SPO2

C: Circulatório

PA: 300 x 80 mmHg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MBD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocônicas  Anisocônicas

Glasgow: Abertura Ocular  
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal  
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

E: Abdômen:

ato Médico:

16:08

Paciente Ademir de queiroz de oliveira e  
relata dor no pé direito

ra: 12/01/2019 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Dor, perna

Exames Solicitados:

Radia X de P/ Direito

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

① Sacação de urina in

Elizângela Pires da Silveira Junior  
Médico CRM-PE 05765

② Drenagem de urina fm

Assinatura Médico + Carim

③ Insalubridade Testos Talla cerrada sinopatia

Queixa Principal:

Reginaldo  
Tec. Enfermagem

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Curado  Melhor

Transferido para:

Inalterado  Piora

Internado na Clínica:

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

COMPREV  
COMIS. REV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
Hora:

14 AGO 2019

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

**Dr. Fred Veras**  
Reumatologista  
CRM 6688-PE CPP 129.099.314-34

**Maria Edijane Duarte de Melo**

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia 21 de janeiro de 2019 em via pública de Pesqueira - PE deu entrada no Hospital Municipal local e onde recebeu atendimento médico para fratura o osso astrágalo D + imobilização ortopédica recebendo alta hospitalar no mesmo dia e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 03 de maio de 2019.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fratura dos ossos do pé D com edema regional + e déficit de 40% para flexão dorsal 45% para flexão plantar 40% para rotação

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico por fratura dos ossos astrágalo de difícil consolidação evoluindo para Osteoartrose.

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso a caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 03 de julho de 2019



Dr. Fred Veras  
Reumatologista Ortopédia  
CRM 6688-PE CPP 129.099.314-34

Av. Apuríco Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304

**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
14 AGO 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

СОМПЕКТ

COMFREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

14 AGO 2019

## PROTOCOL 0



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **100.108.884-03**

Nome: **MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

Data de Nascimento: **18/10/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/03/2009**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:54:21** do dia **14/08/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **A994.36B0.5B49.A030**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



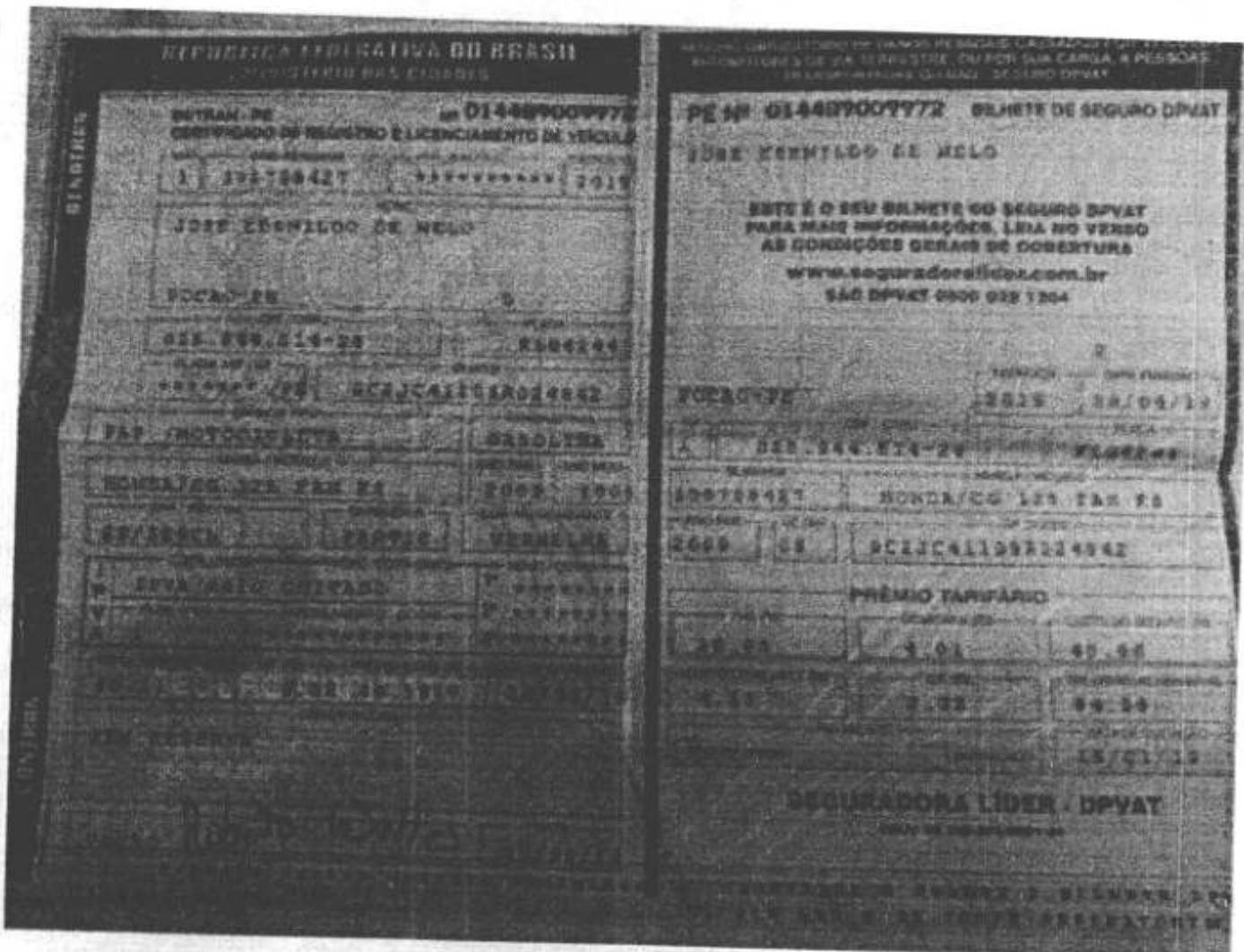


REGISTRO GERAL  
NOME: 8.553.124 16/05/2008  
FILHÃO  
<< MARIA EDJANE DUARTE DE MELO >>  
<< EDMILSON SEVERINO DE MELO >>  
<< OLIVIA FEITOSA DUARTE DE MELO >>  
NATURALIDADE  
PESQUEIRA - PE 18/10/1989  
DOC. ORDEM << CN. 9464 LA13 F.32 CART. POÇÃO-PE  
09.04.2008 >>  
OPI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
DATA DE EXPEDIÇÃO  
ASSINATURA DO CRIADOR  
LEI N° 7.118 DE 29/06/93  
F-29 83.939 - 3022

Contato Pericia: (87) 9.9988-5158  
(87) 9.9243-8886





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190480465      **Cidade:** Pesqueira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO      **Data do acidente:** 12/01/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÓSSO ASTRÁGALO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM DEMAIS A RELATAR.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190480465      **Cidade:** Pesqueira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO      **Data do acidente:** 12/01/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÓSSO ASTRÁGALO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM DEMAIS A RELATAR.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190480465      **Cidade:** Pesqueira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO      **Data do acidente:** 12/01/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 23/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO.( PAG.03)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG.03

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190480465      **Cidade:** Pesqueira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO      **Data do acidente:** 12/01/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 23/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA NO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279691/19

**Vítima:** MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

**CPF:** 100.108.884-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/01/2019

**Titular do CPF:** MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO : 100.108.884-03**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019  
Nome: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO  
CPF: 100.108.884-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019  
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA  
CPF: 118.262.994-67

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190480465**

**Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

**Data do Acidente: 12/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190480465**

**Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

**Data do Acidente: 12/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000775**

**Conta: 0000026626-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

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

Número do Sinistro: 3190480465  
Nome do(a) Examinado(a): Maria Edijane Duarte de Melo  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua R Joao, 231 Casa  
Vila Anapolis Pesqueira PE CEP: 55200-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8553124  
Data local do acidente: [ 12/01/2019 ]  
Data local do exame: [ 29/08/2019 ] Garanhuns [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE ÓSSO ASTRÁGALO DIREITO.**

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

**Tratamento: REALIZADO CONSERVADOR COM COLOCAÇÃO DE GESSO POR 60 DIAS.**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: 03/07/2019**

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

**AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.**

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

**(X) Sim**  **Não**

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

**(X) Sim**  **Não**

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Direito**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

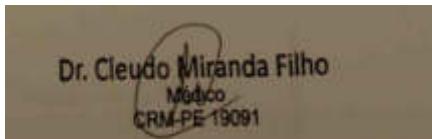
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

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

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

**Realizou 40 sessões de fisioterapia.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM





14 AGO 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 105<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - PESQUEIRA - DP105<sup>ª</sup>CIRC DINTER1/15<sup>ª</sup>DESEC

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0195000831

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/05/2019 às 15:09

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia 12/1/2019 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE PESQUEIRA, 01, DEPOIS DE BAIXA GRANDE - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( Autor / Agente )  
JOSE EDENILDO DE MELO ( OUTRO )  
MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO ( Vítima )

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

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

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nis: OLIVIA FESTOSA DUARTE DE MELO  
Pai: EDMILSON SEVERINO DE MELO Data de Nascimento: 18/01/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8553134/8581/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: PROMOTOR  
Telefone Celular: - 87991378134

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PESQUEIRA, 164, RUA TANCREDO NEVES, VILA AMÁPOLIS - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

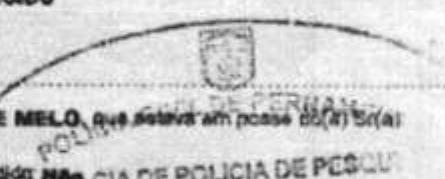
JOSE EDENILDO DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a). JOSE EDENILDO DE MELO que estava em posse do(a) Sr(a)  
MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A  
Cor VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLO8244 (PERNAMBUCO/POC) Chassi: PCEJC4110RR024842  
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GÁSOLINA

Recepção: 15/05/2019 14:59:45 - Delegacia de Polícia de PESQUEIRA



100 - DELEGACIA DE POLICIA DE PESQUEIRA

## Complemento / Observação

ESTEVE NESTA DELEGACIA DE POLICIA A SERRHORA MARIA EDIJANE DUARTE DIZENDO-SER POR TER SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. DECLARA QUE PILOTAVA A REPIRADA MOTOCICLETA NO SENTIDO PESQUEIRA X POCÃS QUE DERRAPOU NA PISTA VINDO A CAIR E QUEBRAR O PÉ. DECLARA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOC DECLARA NÃO SER HABILITADA.

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

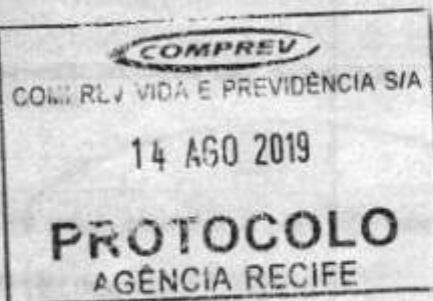
*Maria Edijane Duarte de Melo*

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE WILSON SANTANA DE MENDONÇA - Matrícula: 350681-1

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DE PESQUEIRA

*Assinatura de Delegado*





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - RG do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

100.108.884-03

4 - Nome completo da vítima:

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP/ MP 445/2012

5 - Nome completo:

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

7 - Profissão:

PROMOTORIA DE VENDA

8 - Endereço:

RUA R JOÃO 23

11 - Bairro:

CASA VILA ANAPOLIS

12 - Cidade:

PESQUEIRA

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

27 - Nome completo do Representante Legal:

28 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativite uma opção) Bradesco (237) Itaú (342) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0775

CONTA: 26626

(Inserir o dígito se menor)

(Inserir o dígito se maior)

 CONTA CORRENTE (Todas as bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ou reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo acima dado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 24, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

 Casado (ou OM) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

34 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Sim Não

28 - Se tinha filhos, informar Vivos:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:

 Sim Não

30 - Vítima deixou herdeiros:

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/todos vivos?

 Sim Não

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

COMPREV

40 - Local e Data, PESQUEIRA-PE, 12-08-2019

x Maria Edijane Duarte de Melo.

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

OMT/PE - Firma e Previdência S/A  
12 Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 1002/2019 2019

TESTE 2019-04-15

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número do registro: 49145	Data e hora do Atendimento: 12/01/2019 16:08	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: URGÊNCIA GERAL
------------------------------	---	--	-------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: MARIA EDJANE DUARTE DE MELO  
Nascimento: 18/10/1959 Idade: 29 Sexo: Feminino Cor: Sem informação  
CNS: Naturalidade: PESQUEIRA Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Profissão:  
Filiado/Mãe: OLIVIA FEITOZA DUARTE DE MELO

Documento: Ignorado Pat:

Endereço: R - TRANCOREDO NEVES 164 Complemento:  
Bairro: Cidade: PESQUEIRA UF: PE Telefone:

Acompanhante: Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim  Não

Procedência: VILA ANÁPOLIS

Atendimento Classificação de Risco:

Data: 12/01/2019 Hora do Atendimento: 16:08 Enfermeiro: Coran:

Sintoma Principal:

Queda de moto refere dor em M20.

IDA:

NASO | 1040

COMPREV  
COM: REV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

14 AGO 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não

Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:

Colisão: Sim  Não  Tipo:

Atropelamento: Sim  Não  Local do Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim  Não  Tipo:

Queimadura: Sim  Não  Por:

Condições de Imobilização adequada: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura: m

Transporte realizado por:

Por que:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea está pélvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: °C

B: Respiratório

FC: x SPO2

C: Circulatório

PA: 300 x 80 mmHg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MBD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocônicas  Anisocônicas

Glasgow: Abertura Ocular  
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal  
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

E: Abdômen:

ato Médico:

16:08

Ronie Almeida queiro, de nome e  
relata Dor no Pé Direito

ra: 12/01/2019 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Dor, perna

Exames Solicitados:

Radia X de P/ Direito

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

① Saboror de 1 m e 30 cm, 70 kg, 25/07/2019  
② Dorsum do Pé com ferida aberta  
③ Insalubridade Teto: Tela cerrada sinopatológica

Elisa Pazz da Silveira Junior

Médico

CRM-PE 00000

Assinatura Médico + Carim

Reginaldo  
Tec. Enfermagem

Queixa Principal:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Curado  Melhor

Transferido para:

Inalterado  Piora

Internado na Clínica:

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

COMPREV  
COMIS. REV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
Hora:

14 AGO 2019

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de todos os procedimentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte para hospitais de maior complexidade.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura: