



Número: **0060590-42.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/09/2019**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
77571 755	25/03/2021 10:02	Microsoft Word - 2727971_MANIFESTACAO_LAUDO



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00605904220198172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:02:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510024759300000076000435>
Número do documento: 21032510024759300000076000435

Num. 77571755 - Pág. 1

na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de março de 2021.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:02:47
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510024759300000076000435>
Número do documento: 21032510024759300000076000435

Num. 77571755 - Pág. 2



Número: **0060590-42.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/09/2019**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
77571 756	25/03/2021 10:02	<u>ANEXO 1</u>

atribuído a uns-las, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo empregador os perigos que o empreendimento traz.

Cada ambiente é uma ilha que deve ser preservada, para evitar malvares desgraçados.

Todo o ambiente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o auxílio médico adequado. Medicinas que "encontradas" e "vendidas" concernem pouco o agravamento do seu lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o auxílio médico imediato, se você for vítima de um acidente, sempre será sorte da vítima.

Ao adquirir uma máquina nãoquele, mas você deve respeitá-la. Adote as recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Confira sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Correva e quebre no trabalho prestando a atenção necessária ao seu ambiente de trabalho.

Lembre-se sempre os instrumentos contidos nas caixas e livros sobre prevenção de acidentes.

Ou anseie, pulmões, gérmenes e magens compridas são feitos para o seu ambiente de trabalho.

Mantenha sempre as garras protecidas das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando não quer que cimente-a ou lubrifica-la.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Compre o meiajá das existentes e dentes desgastados de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usar-las algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO



Número 26538 Série 00058

Érica de Menezes Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Erica de Menezes Souza
Loc. Nasc. Caraguá Est. SP Data. 02/09/1985
Filiacão Luiz Serrucho da Silva e Isacleide
Castanho de Menezes
Doc. Nº 06.36.415-0752-X SSB/SP

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado.

Obs.

Data Emissão 23.07.2012 SRTE 46 DO TRABALHO

Edvanilson Rodrigues de Souza

Assinatura do Funcionário
Edvanilson Rodrigues de Souza

Mat: 1704-a

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

9



02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**

ASL-00600060/18
marta.santos
05/07/2018 15:10:56
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 057.822.294-97

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Data Nascimento: 02/09/1983

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 27/01/2003

Dígito Verificador: 80

Comprovante emitido às: 13:24:21 do dia 02/12/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 964E.A34D.FE56.C93A



Aprovado pela INRFB no 1.548, de 13/02/2015.

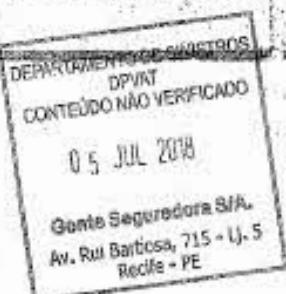
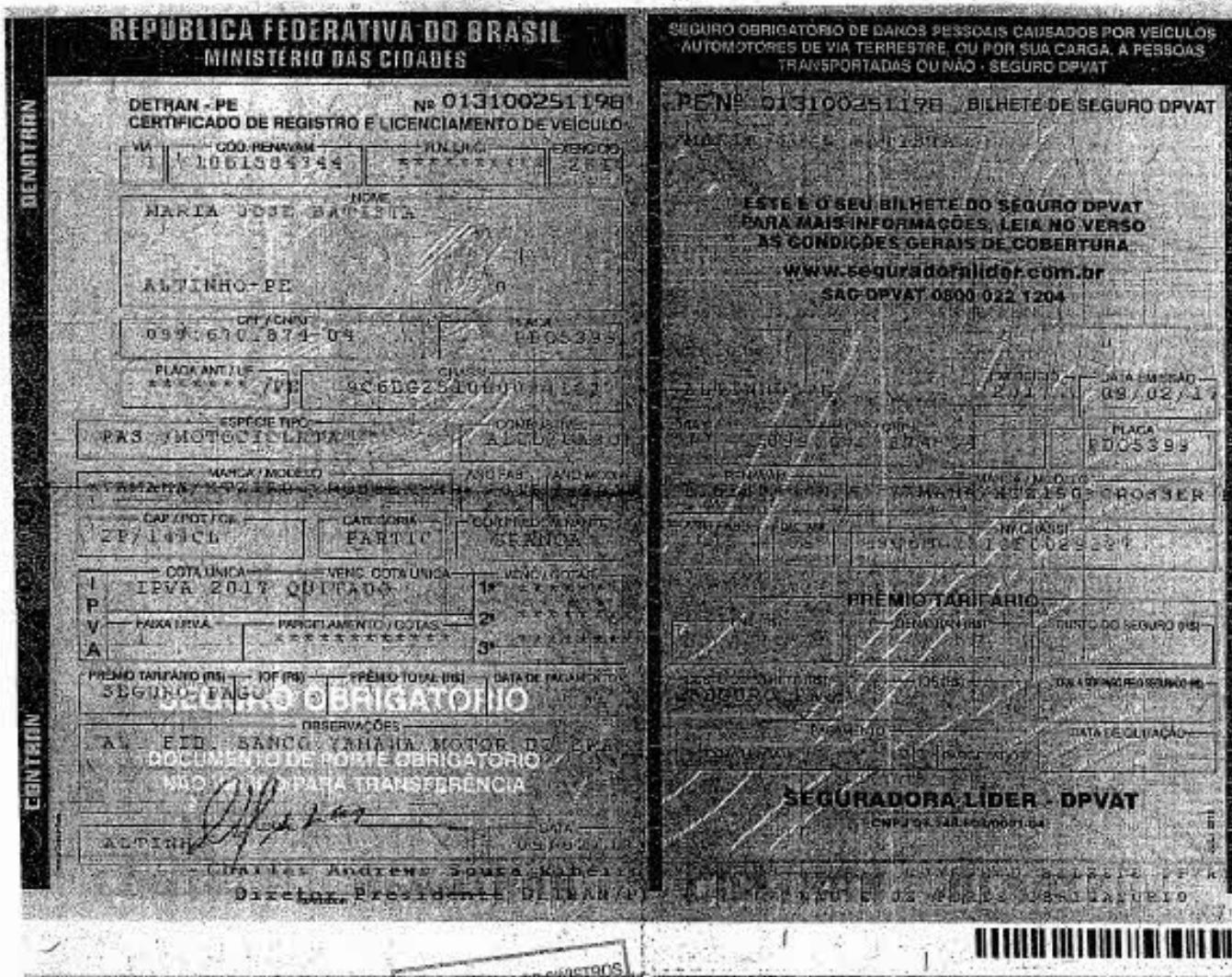
Nova Consulta

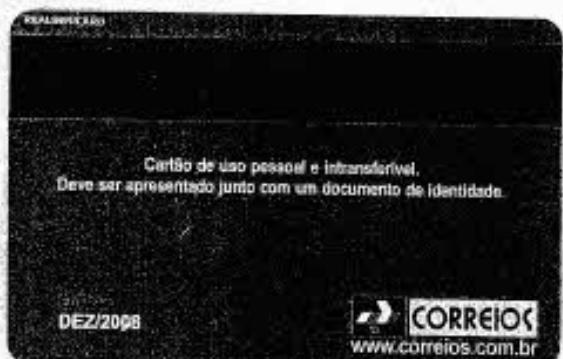
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Genis Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 15.5
Recife - PE

Autenticação: INRFB nº 1.548, de 13/02/2015





4048090035

MS-DATASUS
VERECHO 15.19

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DA CUNHA LIMA

PAG. 1

O.E.: M260190001 ESFERA: PRIVADO ESPELHO: UN. ART. APRESENTAÇÃO: 07 / 2018 DATA: 17/07/2018

Especialidade : 01 - CIRURGICO	Órgão Emissor : M260146001	CRC : 0570803EBU	
Doc autorizado : 98001800387295	Doc med resp : 204322839720003	Doc diretor clínico : 204322839720003	Doc médico soñc : 100512953070003
CNES : 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DA MENDRADE LIMA			CNS : 70000473392910-7
Paciente : ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA			Prontuário : 119601
Data Nasc : 26/01/1984	Sexo : FEMININO	Nacionalidade : 010 - BRASIL	Tipo Doc : Identidade
Responsável pac. : ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA		Nome da Mkt : JUITE NENEU DE SOBRAL	
Endereço : RUA PRACA JULIO RODRIGUES FILHO 42, Bairro : CENTRO		Rua/Cor : 01-BRANCA Etapa : 0000-NAO SE APLICA	
Município : 20000 - ALTIMIR	UF : PE	CEP : 53400-000	Telefone : (21)9955-91614
Procedimento solicitado : 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS			Mot. Proc.7 : N/A
Procedimento principal : 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS			
Diag. principal : S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			
Complementar :		Diag. secundário :	
Caráter atendimento : 01 - ELETIVO		Causa Óbito :	
Data internação : 20/05/2018	Data saída : 30/05/2018	Mot. saída : 12 - ALTA MELHORADO	Modalidade : HOSPITALAR
Liberação S55AHD1 : Idade Maior		ABR Anterior :	ABR Posterior :
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]			
CNPJ do Empresador :			

更多資訊請上網查詢：www.104.com.tw

PROCEDIMENTOS REALIZADOS						
Linha	Procedimento	Documento CRM	CRM/CGMEI	Assunto	Valor	data
1	0408050608	980016003798055 225270(1)			2344254	1/05/2018
2	0408050608	204322571060018 225151(8)	2344254		2344254	1/05/2018
3	0702031003		41249434000107		2344254	1/05/2018
4	0408060190	980015003798055 225270(1)			2344254	1/05/2018
5	0408060190	204322571060018 225151(8)	2344254		2344254	1/05/2018
6	0415040035	980016003798055 225270(1)			2344254	1/05/2018
7	0415040035	204322571060018 225151(8)	2344254		2344254	1/05/2018
8	0802010018		2344254		2344254	1/05/2018

6-00020150

ANEXO 10 - VERSÃO 01
Lista Nota Fiscal
3 084 773

670 READING

OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos **Número de Sóltos** **Nº Pró-Natal**

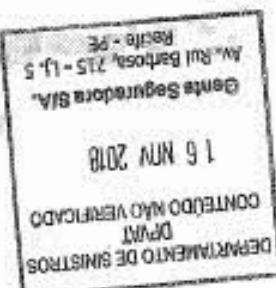
De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12006, volta ao cliente, redação, plus, para uso em medicamentos.

ASSINNA TERRA E CAMPAGNA
TRE BOTTIGLIE DA 1000 ml.

Dr. Raymond F. C. L. Angio 1978
1978-03-31 13:31
31 10074-68

Conferido Com Documento
Original-Beterraz 30 P H 19
Hospital Jesus Perquinino

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE: 4.471





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Name: A. da m. Nenes de O. Siqueira

Declaro para os devidos fins, que
este paciente encontra-se fisioterapia
neste serviço para reabilitação de
tornozel D. A. mesma apresenta
boa evolução, com diminuição
de quadros álgicos; e aumento
de ADM e força. Paciente desembar-
cando sem auxílio de muletas.

Agradecimento,

08/11/2018
Data



Antônio Yves Cordeiro de Mello

Paciente: _____

DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIFICAÇÃO	DOCUMENTO

1 - 1
Data

Assinatura do Médico





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DO ALTINHO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA N° 68

1 - Identificação do Paciente:

Data: 22/05/2018 Hora: 16:32Nome: Cira Maria Neneca de Oliveira Profissão: _____

Nº do Cartão do SUS: _____ Sexo: F () M () Fone: _____

Endereço: R: Manoel Omêra nº 98 Bairro: Centro Cidade: _____Data de Nascimento: 26/01/1983 Idade: 34 Naturalidade: _____Nome da Mãe: Gudite Neneca de Sá Escolaridade: _____ PESO: _____

SSVV	Admissão	1º Horário	2º Horário	3º Horário
Temperatura				
HGT				
Pulso				
Pressão Arterial	<u>120x80</u>			

1 - Histórico do paciente:

*Queda de náuseas de 24h.
Nas reg. Hemorragicamente
Edema edur em MI*



Gente Seguradora S/A
M. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

2 - Hipótese Diagnóstica:

3 - Prescrição Médica:

*Manoel 100g + R\$ 11,000,00 (15).
A UPA, alego
Senh: HRA - 5432237*

4 - Conduta do Enfermeiro:

*Dr. Allan Queiroz
MÉDICO
CRM/FPE 10412*

Hora da liberação: _____

Gretchen Silva
RECEPCIONISTA

Assinatura, carimbo e CRM do Médico

OBS: Todos os dados devem ser preenchidos com letra legível, apresentando assinatura e carimbo do profissional.

Rua Manoel Omêra, 32- Centro- Altinho/PE Cep: 55490-000 Fone: (81)3739-1140



PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTINHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DO ALTINHO
FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE
PACIENTES

Nome: Antônio Yves de Oliveira sexo: M
Data de nascimento: 21/01/1968 Idade: 51 anos
País ou responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ telefone: _____ hora do atendimento: _____ h

DESTINO DO PACIENTE:

HRA - ortopédia

SENHA:

5932237

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE:

Acidente de motocicleta na estrada
Novo TCE. Contusão e desconforto
na mão. Consulta de RX no SNU.

EXAME FÍSICO:

DROGAS ADMINISTRADAS:



EXAMES COMPLEMENTARES:

HD:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

DATA: 11/07/2021

Dr. Allan Queiroz
Médico
CRM/PE 18412

ASSINATURA, CARIMBO E CRM DO MÉDICO



Declaração do Proprietário do Veículo

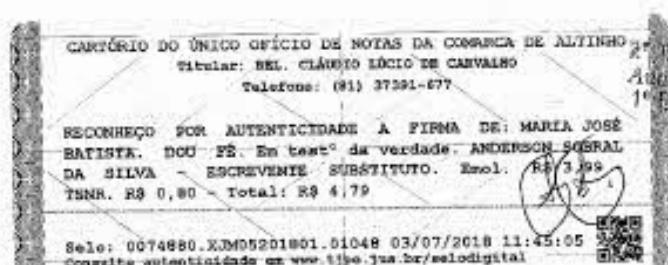
Eu Maria José Batista
RG nº 895.765, data de expedição 14/11/1986
Órgão SSP- PE, portador do CPF nº 099.670.874-04, com
domicílio na cidade de Altinho, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. Manoel Bonfa n.º centro., nº 91,
complemento para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ana Maria Neneca de Oliveira o condutor era

Veículo: Motocicleta
Modelo: Yamaha XTZ 150 cross ER.
Ano: 2015
Placa: PDD 5399
Chassi: 9C6DG2510F0029137
Data do Acidente: 22/05/2018
Local e Data: _____

Maria José Batista
Assinatura do Declarante



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



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1352640881

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE JAROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE/PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.812/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005948-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02

COMERCIAL 0800-0810120 PRONITDÃO 0800-0810156

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0167-

Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Grátis de Telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

INGLIDA MENEZES SILVA LENOS

ENDEREÇO

RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO
194 -CENTRO/GRAVATA -55640-000
GRAVATA PE -

DATA DE VENCIMENTO

28/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 85,18

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/02/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/02/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

006548465

CONTA CONTRATO

7026635572

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

23/01/2018 a 21/02/2018

CONSUMO

119

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,89

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
7026635572MÊS/ANO
02/2018TOTAL A PAGAR
R\$ 85,18VENCIMENTO
28/02/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

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

838600000000 851800110078 026635572102 112979189136



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98,

Pelo exposto, eu Erica de Meneghi Sella inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294-97,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Maria Meneghi Sella inscrito
(a) no CPF sob o N° 066.439.509-06, do sinistro de DPVAT cobertura Individual da Vítima
Ana Maria Meneghi Sella, inscrito (a) no CPF sob o N° 066.439.509-06, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Antônio de Freitas Salim</u>		<u>394</u>	<u>Casa</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>Centro</u>		<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>ericanemeneghi@outlook.com</u>		<u>—</u>	<u>(81) 99360-5567</u>

Brasília, 09 de julho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:02:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510024778500000076000436>
Número do documento: 21032510024778500000076000436

Num. 77571756 - Pág. 12



L-22

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**



1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 415694

Prontuário: 318936

Nome: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Data Nasc.: 26/01/1984

Idade: 34

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 700004733929107

Endereço: RUA MANOEL OMENA

Nº: 98

Bairro: CENTRO

Estado: PE

CEP: 55490000 Fone: 97621139

Cidade: ALTIMO

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO

Data: 22/05/2018 16:19

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal/ HDA:

Pacut vira de trup confu
nó pre D, no dor de D.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

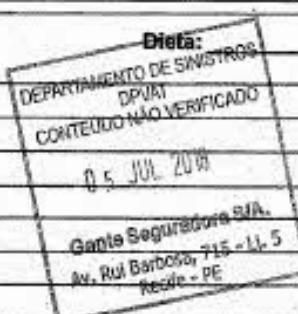
Dri e incapaz de fucil no
MID. Pele intact. Sem exa nra

Diag. Provisório:

Futur des-ora de pre D
exudata. Futur parafata, am
solto pre-operad

Prescrição:

Data



Horário

1 de 2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ana Maria Nenê de Oliveira Sá

CPF da Vítima

066.439.504-06

Data do Acidente

22-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

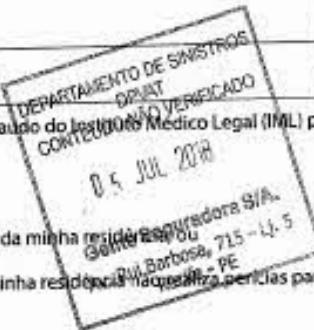
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência ou que realize perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Gravataí, 05 de julho de 2018

Local e Data

Ana Maria Nenê de Oliveira Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL001 V001/2017



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



0245324118
155294

31803/015

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 095^ª CIRCUNSCRICAO - ALTINHO - DP95^ºCIRC
DINTER1/14^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N. 18E0185000466

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/07/2018 às 11:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/06/2018 às 16:32

Fato ocorrido no endereço: CHÁCARA DE R.O, SITIO PONTES, ZONA RURAL, ANTES DE ROSALVO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE ALTINHO, 01 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: OUTRO LOCAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSÉ BATISTA (OUTRO)
MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA (TESTEMUNHA)
ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse da(a) Sr(a) ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

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

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mae: JUDITE NENEU DE SOUZA
Pai: MANOEL ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO Data de Nascimento: 26/1/1984 Naturalidade: IBIRAJUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 753692/SDS/PE (RG), 08643950406 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares - 081996691614

Endereço Residencial: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 90 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
DELEGACIA

MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mae: JOSEFA SEVERINA DA SILVA
Pai: JOSÉ HERON DA SILVA Data de Nascimento: 22/10/1988 Naturalidade: ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DOUTOR RABELO, 121 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL ACCUGUE

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

MARIA JOSÉ BATISTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ALTINHO, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ BATISTA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANA MARIA



REU DE OLIVEIRA E SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ Objeto apresentado: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: PDO5399 (PERNAMBUCO/ALTINHO) Chassi: 9C8DG2510F0029137
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: MODELO XTZ 150 CROSSER

Complemento / Observação

A SRA. ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA INFORMA QUE NO DIA 22/06/2018, POR VOLTA DAS 16:32 HORAS DEU ENTRADA NA UNIDADE MISTA DE ALTINHO VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO SITIO PONTES, ZONA RURAL, QUANDO CONDUZIA A MOTO DE PLACA P005399, E AO TENTAR PASSAR POR CIMA DE UM BANCO DE AREIA ACABOU CAINDO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU LOCAL E APOS FAZER EXAME DE RAIOS X NO HOSPITAL LOCAL, FOI ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL REGIONAL EM CARUARU-PE, ONDE DEU ENTRADA ÁS 18:19 HORAS COM O DIAGNÓSTICO DE UMA FRATURA NA TÍBIA DA Perna DIREITA. A VITIMA INFORMA QUE APÓS FAZER OUTRO RAIOS X, PERMANECEU INTERNADA NO REFERIDO HOSPITAL DURANTE 10 DIAS, AGUARDANDO A CIRURGIA, E ACABOU SENDO TRANSFERIDA AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, ONDE APÓS UM DIA DE ESPERA FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NA TÍBIA DA Perna DIREITA, SENDO LIBERADA 24 HORAS APÓS O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SEGUIMOS DOCUMENTOS EM ANEXO.

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

Anna Maria Nunes de Oliveira e Silva

ANA MARIA NENEN DE OLIVEIRA E SILVA

MELISSA

Monte da Consolação, 28 de Setembro de 1900

MÁRIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA

(TESTEMUNHA)

3/3 - registrado por: CARLOS EDUARDO DE MELO - Matrícula: 200575-5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:02:48
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510024778500000076000436>
Número do documento: 21032510024778500000076000436

Num. 77571756 Pág. 17

024 5327/18



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

066.439.504-06

Nome completo da vítima

Ana Maria Nenêu de Oliveira Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ana Maria Nenêu de Oliveira Silveira

Endereço

Rua Siqueira Campos

Bairro

Centro

Email

CPF titular da conta

066.439.504-06

Profissão

Receia

Número

10

Complemento

Resa

Estado

PE

CEP

55

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

DV

CONTA

Nº:

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº:

DV

CONTA

Nº:

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bragata, 08 de Outubro de 2018

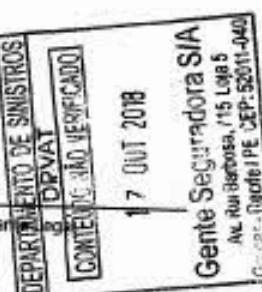
Local e Data

Ana Maria Nenêu de Oliveira Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Nº Sinistro: **3180310175**
Vítima: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**
Data do Acidente: **22/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180310175**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**
Nº Sinistro: **3180310175**
Vitima: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**
Data do Acidente: **22/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180310175**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **INTERROMPIDO** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Carta nº 13505777



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180310175
Vitima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA
Data do Acidente: 22/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atendosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13614132

Pag. 00067/00066 - carta_03 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**
Nº Sinistro: **3180310175**
Vitima: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**
Data do Acidente: **22/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180310175**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Pag. 0163301634 - cartão_03 - INVALIDEZ

00040017



A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Carta nº 13088541



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**

Nº Sinistro: **3180310175**
Vitima: **ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA**
Data do Acidente: **22/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180310175**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13095405



PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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.dpvtseguro.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: 16/11/2018
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
CPF: 057.822.294-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ERICA DE MENEZES SILVA

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:02:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510024778500000076000436>
Número do documento: 21032510024778500000076000436

Num. 77571756 - Pág. 24

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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.dpvtseguro.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: 22/11/2018
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
CPF: 057.822.294-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ERICA DE MENEZES SILVA

Marta Marinho dos Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245327/18

Número do Sinistro: 3180310175

Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF: 066.439.504-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA : 066.439.504-06

Autorização de pagamento

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.dpvtseguro.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: 17/10/2018
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
CPF: 057.822.294-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ERICA DE MENEZES SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/03/2021 10:02:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032510024778500000076000436>
Número do documento: 21032510024778500000076000436

Num. 77571756 - Pág. 26

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 Cidade: Altinho Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E Data do acidente: 22/05/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELEcer A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINtES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

PROCURADOR
Nome: Erica de Menezes Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Analista de Seguros
Identidade: 36.415.052-X CPF: 057.022.294-97
Endereço: Rua Antônio de Britto Siqueira 194 Gravataí/RS

BENEFICIARIO VITIMA
Nome: Ana Maria Neneca de Oliveira e Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 7.536.928-506-PE CPF: 066.439.504-06
Endereço: Rua Siqueira Campos n: 90 Altinho PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Ana Maria Neneca de Oliveira e Silva

03.07.2018.

Local e data

X Ana Maria Neneca de Oliveira e Silva

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE NOTAS DA COMARCA DE ALTIÑHO
Titular: RIC. CLÁUDIO LÓCIO DE CARVALHO

Telefone: (81) 37391-677

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANA MARIA
NENECAS DE OLIVEIRA E SILVA. DOU FÉ. Em 03/07/2018
verdade. ANDERSON SOBRAL DA SILVA - ESCREVENTE
SUBSTITUTO. Email: R\$ 3,99 - TANR. R\$ 0,80 - TPA. R\$ 0,79

Selo: 0074880.MDT05201801.01049 03/07/2018 11:45:05
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/sefodigital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gesta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 15-11
RJ - RJ - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 Cidade: Altinho Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E Data do acidente: 22/05/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Lider- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 Cidade: Altinho Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E Data do acidente: 22/05/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELEcer A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINtES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARS, SEJA EM CARATER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180310175 Cidade: Altinho Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E Data do acidente: 22/05/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES
QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

