Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

25/06/2020

Número: **0000054-22.2020.8.17.2780**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itapetim**
Última distribuição : **19/02/2020**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SILVANA MARIA DE LIMA (AUTOR)	**ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
63889953	25/06/2020 14:26	2728939_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

PROCESSO: 00000542220208172780

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **SILVANA MARIA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que o boletim médico apresentado não atesta que as lesões adquiridas tenham decorrido do aludido acidente.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

---

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[2][1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

[3]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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**[4]**.**

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.

Conforme observado nos documentos apresentados pela parte autora, o boletim médico não é capaz de atestar que as lesões adquiridas tenham decorrido do aludido acidente.

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[5].

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

[4x]SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

[5x]APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **19/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[6].

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[7].

---

[6]RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[7]**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

> Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
>
> Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[8.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[9]

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

---

[8]"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[9]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**, **OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITAPETIM, 17 de junho de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SILVANA MARIA DE LIMA**, em curso perante **a ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ITAPETIM**, nos autos do Processo nº 00000542220208172780.

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

25/06/2020

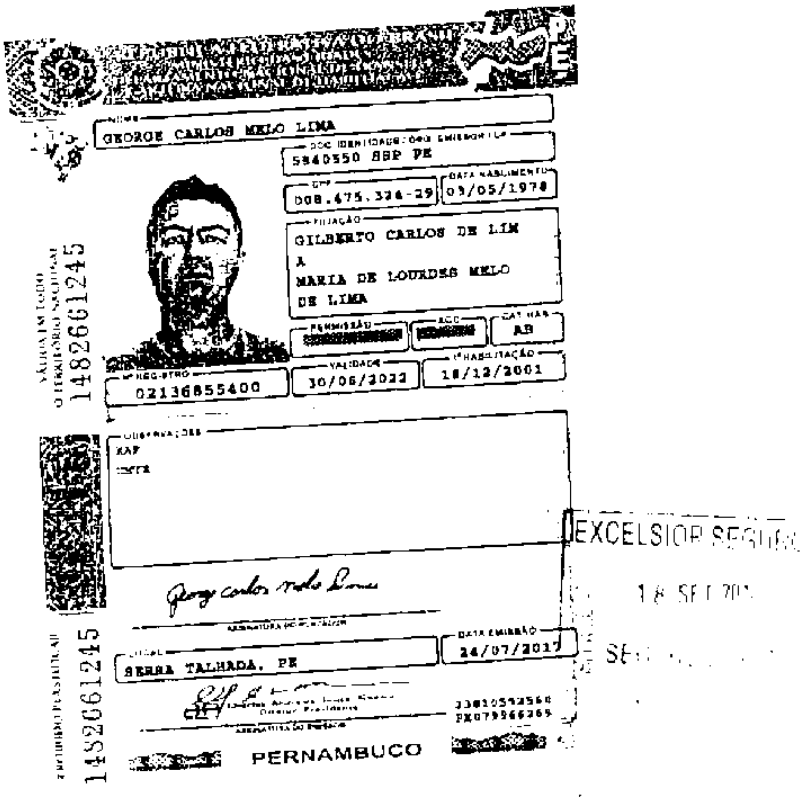
Número: **0000054-22.2020.8.17.2780**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itapetim**
Última distribuição : **19/02/2020**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SILVANA MARIA DE LIMA (AUTOR)	**ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889960	25/06/2020 14:26	ANEXO 1	Outros (Documento)



NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.334-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIM
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
XAP

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

ASSINATURA DO DIRETOR

PERNAMBUCO

148261245

EXCELSIOR SEGUR

18 SET 20

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013935537513

VIA	COD RENAVAM	RENTRC	EXERCICIO
1	476540771	**********	2018

NOME
SILVANA MARIA DE LIMA

ITAPETIM-PE

CPF/CNPJ: 029.945.844-09
PLACA: PGH1997
PLACA ANT. UF: ********* /PE
CHASSI: 9C2KC1670CR550927
PAS /MOTOCICLETA
MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012
2F/149CL
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: CINZA

IPVA
COTA UNICA: IPVA 2018 QUITADO
VENC. COTA UNICA: 1º ********
VENC. COTAS: 2º ********, 3º ********
PARCELA: 1
PARCELAMENTO COTAS: **********

PREMIO (SEGURO) (R$) | CR (R$) | PREMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA SA

CONTRAN

ITAPETIM
DATA: 04/03/18

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA

Data do acidente: 19/01/2018

CPF: 029.945.844-09

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

SILVANA MARIA DE LIMA : 029.945.844-09

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 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: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SILVANA MARIA DE LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 5380808, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 029.945.844-04, residente no(a) MANOEL ZUCA
nº 11, bairro: PAULO VI, município: ITAPETIM / PE.

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: VIGILANTE, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 008.475.334-39, residente no(a) ANTONIO TOMÉ DE SOUZA
nº 592 bairro: SÃO CRISTOVÃO, município: SERRA TALHADA / PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento o poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, 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 SILVANA MARIA DE LIMA.

Local e Data: ITAPETIM - 03/07/2018.

Silvana Maria de Lima
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Único de Notas da Comarca de Itapetim
Tabelia Maria Angelita Costa

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS REGISTROS E PROTESTOS
Titular: MARIA ANGELITA COSTA
Telefone: (87) 38331-145

Reconheço a firma por autenticidade de SILVANA MARIA DE LIMA. Itapetim - PE Valor do ato R$ 4,66, assim discriminados: Emolumentos: R$ 3,89; TSNR R$ 0,78 e FERC R$ 0,39. Maria Angelita Costa - Oficiala. Bel°. Cássia M° G. Zumba Costa Cavalcanti - Substituta.

Selo: 0076935.VXY04201801.01885 03/07/2018 16:00:26
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGURO
18 SET 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

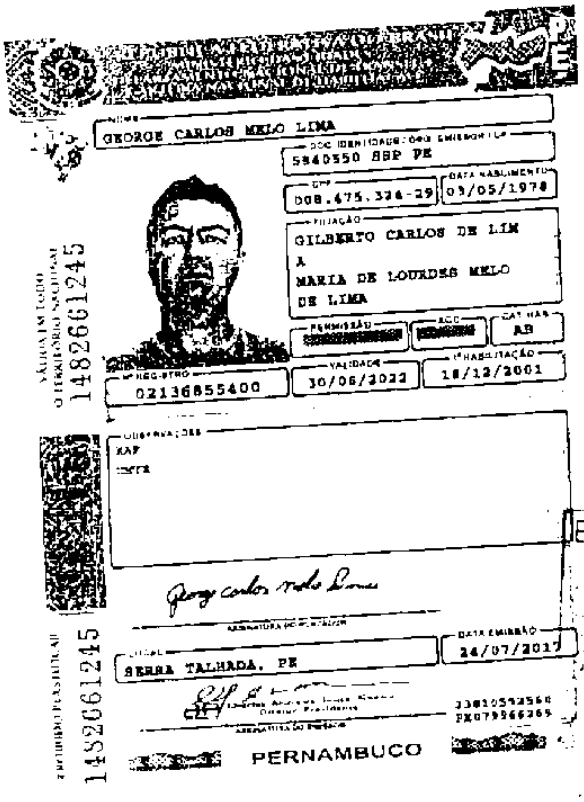
Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**



NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF
008.475.334-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIM
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
02136855400

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2001

OBSERVAÇÕES
XAP

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

ASSINATURA DO DIRETOR

PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ESTADO DO TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

EXCELSIOR SEGURO
18 SET 201
SE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013935537513

VIA	COD RENAVAM	RENTRC	EXERCICIO
1	476540771	**********	2018

NOME
SILVANA MARIA DE LIMA

ITAPETIM-PE

CPF/CNPJ: 029.945.844-09
PLACA: PGH1997
PLACA ANT. UF: ********* PE
CHASSI: 9C2KC1670CR550927
CATEGORIA: PARTIC
COMBUSTIVEL: GASOLINA
PAS /MOTOCICLETA
MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO FAB: 2012
ANO MOD: 2013
CAPACIDADE PAS.: 2P/149CM
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: CINZA

IPVA 2018 QUITADO
COTA UNICA: 1
VENC. COTA UNICA: ********
PARCELAMENTO COTAS: **********
VENC. COTAS: 1ª ********, 2ª ********, 3ª ********

PREMIO (MILHAR) (R$) | CR (R$) | PREMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA SA

ITAPETIM
DATA: 04/03/18

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018

CPF: 029.945.844-09 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

SILVANA MARIA DE LIMA : 029.945.844-09

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 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: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

CTO
Clínica de Trauma e Ortopedia

Dr. Aristoteles Guerrez Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Valth Guimarães
RM - PB F326 - TEOT 15.090
Cirurgia do Joelho

Dr. Fabio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Waerson Jose Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e Infantil e Tratamento de Feridas de choque

Silvan. Mar. de
Lim.
Paciente vítima de
trauma em joelho OJ
c/ lesão ligamento cruzado
e patela CID: M23.5
operada permanece c/

DR. FABIO GONDIM VERONUCENO
ORTOPEDISTA CRM-PB Nº 5429
HOSP. DR. CHATEAUBRIAND
RUA SÃO JOSÉ - 83 3341-2566

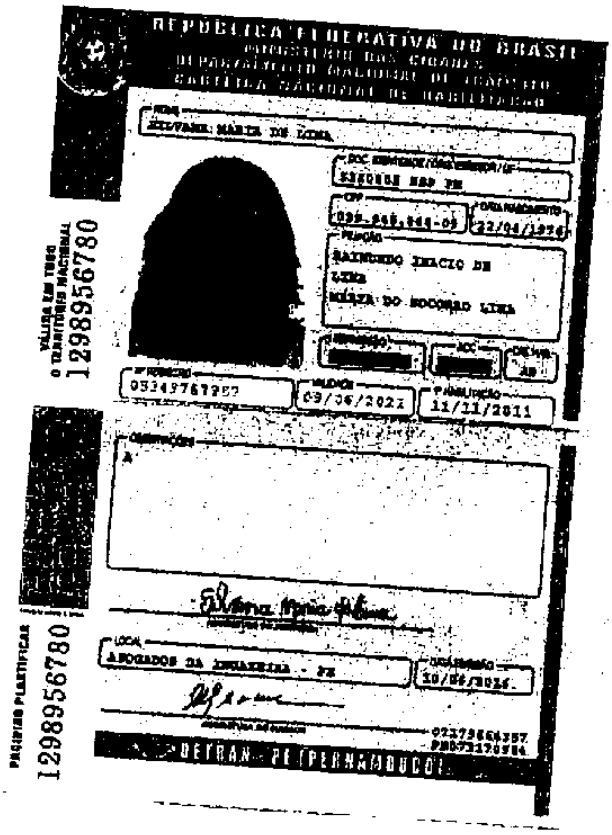
Rua Dr Chateaubriand 206 - São José - 83 3341.2566 / 3341.2500
CEP: 58400-396 - Campina Grande - PB
Em frente ao HU - antigo Ipasel

EXCELSIOR SEGUROS
16 OUT 2016

EXCELSIOR SEGUROS
16 OUT 2016

artrose M22.4 e deficit de ADM c/ incapacidade funcional em MIE de 40% para atividades diárias.

09/10/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JULIANA MARIA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5360808 SDS PE

CPF
039.868.844-09

DATA NASCIMENTO
22/04/1974

FILIAÇÃO
RAIMUNDO INACIO DE LIMA
MARIA DO SOCORRO LIMA

Nº REGISTRO
05349767957

VALIDADE
09/06/2022

PRIMEIRA HABILITAÇÃO
11/11/2011

OBSERVAÇÕES
A

LOCAL
ARCOVERDE DA INGAZEIRA - PE

DATA EMISSÃO
10/06/2016

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1298956780

PÁGINAS PLASTIFICAS
1298956780

EXPEDIENTE

SUS HRP

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendim.: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)

Class. Risco: VERMELHA Transporte: AMBULANCIA BRANCA Reg.: N

Origem: VIA PUBLICA

Paciente: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Nome Social:

Filiação I: MARIA DO SOCORRO LIMA Filiação II: RAIMUNDO INACIO DE LIMA

Nascimento: 22/4/1976 Idade: 41 Cor: PARDA Gênero: MULHER CIS

Profissão: TECNICO EM ENFERMAGEM

Endereço: SITIO RECANTO Num.:

Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)98215-4311

Cidade: ITAPETIM - PE - 56720-000 - 2607703

CNS: Identidade: 5380808

CPF: Reg. Nasc.:

Data / Hora: 19/1/2018 08:52:46 Recepcionista: MAIA

Ficha Número: 238763 106155

PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- [ ] 01 - ELETIVO
- [ ] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

- [ ] 1 PRESCRITA
- [ ] 2 APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇ
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS. CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -

2 -

3 -

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns: ANTONIO GOMES DA COSTA SEGUNDO NETO - 4891 - 201-5632-4266-0001

Carimbo

ASS. PACIENTE / ACOMPANHAN. E OU RESPONSÁVEL

Polegar D

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO

Hospital João XXIII (SAS) **Data:21/07/2018**

Paciente :Silvana Maria de lima

Convenio: Particular

Cirurgiao: FABIO GONDIM **Auxiliar** :

Segundo : **Anestesista**: raoni

Instrumentadora: Waleska **Circulante**: orcelia

Diagnostico : Ruptura do lca aguda

Cirurgia: Artroscopia do joelho p lca

Acidentes durante a cirurgia:

Descrição cirúrgica:

1 Decubito dorsal sob raquianestesia

2 instalação de infusor com fluxometro e utilizado soro fisiológico 10 litros

3assepsia e antissepsia e aposição de campos estéreis

4 Abertura dos portais artroscopicos

5 Retirada tendões semitendineo e gracilis para transposição por incisão em perna

6 feito sinovectomia

7 Utilizado cureta para desbridamento

8 Tuneis ósseos em fêmur e tíbia

9 Subida do enxerto e fixado no fêmur e tíbia com ancora femoral 20

10 sutura com nylon

11 curativo.

Fabio gondim Nepomuceno

CRM - 5429

CLÍNICA RADIOLÓGICA DE PATOS

Nome: SILVANA MARIA DE LIMA
Prontuário. 71852
Idade: 42 Anos
Solicitante Dr(a): NAO INFORMADO

Data: 30/05/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

METODOLOGIA: foram realizados cortes multiplanares, em sequências TSE/GE, T1, T2, STIR, sem a infusão do meio de contraste EV.

ACHADOS:

1. Moderado derrame articular, acumulando-se principalmente na bursa supra-patelar e no recesso posterior intercondilar, acompanhado de espessamento sinovial difuso e múltiplos debris, sugestivo de hemartrose e/ou sinovite.
2. Sinais de rotura completa do ligamento cruzado anterior.
3. Espessamento e alteração de sinal do ligamento colateral medial e ligamento patelar sem alterações, indicativo de estiramento.
4. Não encontramos alterações significativas no ligamento cruzado posterior e ligamento colateral lateral.
5. O menisco medial tem rotura horizontal oblíqua no corno posterior que toca sua superificie articular tibial, próximo ao ápice. O menisco lateral tem alteração de sinal intrasubstancial, sem contato franco com superfícies articulares.
6. Afilamento e erosões cartilaginosas do revestimento fêmoro-tibial lateral e, notadamente, medial, associada a pequenos osteófitos marginais e extrusão meniscal parcial o que indica processo degenerativo.
7. Também na articulação patelo-femoral, notamos oteófitos marginais pequenos, com focos de condropatia grau 3, sendo um na faceta lateral da patela (0,9cm) outro na faceta medial (0,6cm) e outro acometendo ângulo da tróclea e principalmente faceta medial (1,2cm).
6. Tendões regionais de espessura e sinal preservados.
7. Planos musculares examinados íntegros.
8. Foco de edema ósseo na margem posterior de ambos os côndilos tibiais, inespecífico.

Exame documentado em 05 peliculas

Dr. Severino Aires de Araújo Neto - CRM-PB 4948
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Doutorado pela FCM – UNICAMP
Professor de Radiologia do Curso de Medicina da UFPB

Digitador 5

RUA BOSSUET WANDERLEY, 449 - CENTRO
TELEFAX: (83) 3421.2985
PATOS - PARAÍBA
cadmowanderley@hotmail.com
severinoaires@hotmail.com
cadmoaraujo@bol.com.br

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

NOME: SILVANA MARIA DE LIMA
Idade:41 ANOS
Data Exame: 19/01/18
Médico (A) Solicitante: DR. ANTONIO GOMES DA C. SEGUNDO
AREA VERMELHA

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL

Vesícula Biliar de topografia usual, de paredes lisas e finas,sem evidencia de imagens ecogênicas em seu interior.

Hepato-coledoco de calibre normal.

Fígado de textura e dimensões normais, superfície regular, parênquima homogêneo, sem sinais de processo inflamatório. Não há dilatação de canais biliares intra-hepáticos. Vasos portais e veias hepáticas de calibre normal.

Pâncreas de topografia, dimensões e ecotextura habituais. Wirsung sem dilatação.

Baço de morfologia, dimensões e ecotextura habituais.

Rins tópicos, de forma e contornos regulares, apresentando dimensões e textura acústica normais, e diferenciação cortico-medular preservada. Não há dilatação do sistema pielocalicial

Bexiga com repleção hídrica, de paredes regulares, sem evidencia de imagem ecogênica em seu interior

Ausência de coleções liquida intra-abdominais.

CONCLUSÃO

Órgãos e estruturas estudados ecograficamente normais.

Obs.: Exame sem imagens em anexo, pois está faltando filme de impressão no serviço.

Dr. Saulo de Tarso de Sá Pereira
Médico Radiologista CRM- 1595

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Regional "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME:
DATA NASC: / /
RG:
ENDEREÇO:
BAIRRO:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
NOME DA MÃE:

EXAME(S) SOLICITADO(S)	CÓDIGO	EXAME(S) SOLICITADO(S)	CÓDIGO
USG Abdom			

PROFIS. SOLICITANTE
CARIMBO
DATA___/___/___

UNID. SOLICITANTE:
CNES:
AUTORIZAÇÃO DATA___/___/___

Nº CARTÃO SUS

REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:
UNID. PRESTADORA _____ CÓDIGO ___
DATA ___/___/___ HORA ___ . ENDEREÇO: _____
MÉDICO:
SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO: ___ - ___

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR
ASSINATURA DO USUÁRIO
POLEGAR DIREITO (ANALFABETO)

EXPEDIENTE SECRETARIA

celpe
neoenergia

1130133025 06/2018

02/07/2018 12/07/2018

168,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO / TESTA NOTA FISCAL

[redacted]

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SILVANA MARIA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.945.344-04 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima SILVANA MARIA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.945.344-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO INFORMAR

☒ Recuso informar

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

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

Endereço: ANTONIO TOME DE SOUZA		Número: 573	Complemento: CASA
Bairro: SÃO CRISTOVÃO	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	CEP: 56.903.220
Email:	Telefone comercial (DDD): 87 98878-5033	Telefone celular (DDD): 87 9 9992-5477	

SERRA TALHADA PE 10 de AGOSTO de 2017
Local e Data

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDPH-001 v001/2017

celpe
neoenergia

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

NOTA FISCAL / FATURA — CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0055643-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
[illegible] DE LIMA

CPF: 029.845.844-09

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
[illegible]
PAULO VITAFETIM
VITAFETIM PE
SÍTIO [illegible]

CLASSIFICAÇÃO
[illegible] RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

4004783974 04/2018

DATA DE LEITURA DO MÊS: 20/04/2018
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/05/2018

TOTAL A PAGAR (R$): 17,12

APRESENTAÇÃO	ID DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

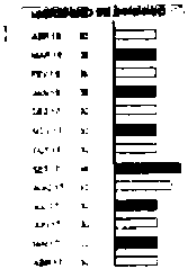
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	[illegible] CONTADO	[illegible]	[illegible]
Contribuição Iluminação Pública			[illegible]
Multa por atraso-NF [illegible] - [illegible]			[illegible]
Multa por atraso-NF [illegible] - [illegible]			[illegible]
Juros por atraso-NF [illegible] - [illegible]			[illegible]
Juros por atraso-NF [illegible] - [illegible]			[illegible]
Atualização IGPM-NF [illegible] - [illegible]			[illegible]
Atualização IGPM-NF [illegible] - [illegible]			[illegible]

TOTAL DA FATURA 17,12

Nº DO MEDIDOR (FÍSICA)	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	ANTERIOR LEITURA (FÍSICA)	ATUAL DATA LEITURA	ATUAL LEITURA (FÍSICA)	Nº DE DIAS	CONSTANTE (TRANS)	FATOR	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS			

[illegible]

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
[illegible]	[illegible]	[illegible]

CONFERE COM
O ORIGINAL

EXCELSIOR SEG. PRO

SEGURO PRIVADO

DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA ITAPETIM

170ª CIRCUNSCRIÇAO

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA - ITAPETIM
170ª CIRCUNSCRIÇÃO

CONFERE COM
O ORIGINAL

EXCELSIOR SEG...

Seguradora LIDER

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
SILVANA MARIA DE LIMA	039.445.844-04	19-01-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	**Telefone (DDD)**
	87.9.9988-5422

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias 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.

ITAPETIM-PE 10 de Agosto de 2018

Local e Data

Silvana maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAT.001 V001/2017

LÍDER

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 221 [illegible] (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 no ASI	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	029.945.844-09	SILVANA MARIA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo: SILVANA MARIA DE LIMA
CPF titular da conta: 029.945.844-09
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: MANOEL ZUCA
Número: 54
Complemento: CASA
Bairro: PAULO VI
Cidade: ITAPETIM
Estado: PE
CEP: 56.720-000
Email:
Telefone (DDD): 87.9998-1477

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – 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 ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo) - Assinale uma opção!
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA (104)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (sem DV): 6045 DV: 3
CONTA (sem DV): 20132 DV: 3
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO (Nome):
AGÊNCIA (sem DV): DV:
(Informar dígito se existir)
CONTA (sem DV): DV:
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

ITAPETIM PE 10 de AGOSTO de 2012
Local e Data

Silvana Maria de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORM-PAG-0001-01

LÍDER

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 221 [illegible] (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 no ASI	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	029.945.844-09	SILVANA MARIA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo: SILVANA MARIA DE LIMA
CPF titular da conta: 029.945.844-09
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: MANOEL ZUCA
Número: 54
Complemento: CASA
Bairro: PAULO VI
Cidade: ITAPETIM
Estado: PE
CEP: 56.720-000
Email:
Telefone (DDD): 87.9998-1477

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO-SE INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo) - Assinale uma opção!
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA (104) ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (sem DV): 6045 DV: 3
CONTA (sem DV): 20132 DV: 3
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO (Nome):
AGÊNCIA (sem DV): DV:
(Informar dígito se existir)
CONTA (sem DV):
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

ITAPETIM PE 10 de AGOSTO de 2012
Local e Data

Silvana Maria de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LÍDER

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Sinistro: **3180434157**
Vítima: **SILVANA MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180434157** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag 00231/00232 - carta_02 - INVALIDEZ

00050116

Carta nº 13500128

LÍDER

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180434157**
Vitima: **SILVANA MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434157**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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 Líder-DPVAT

Pag 00145/00146 - carta_03 - INVALIDEZ

00050073

Carta nº 13392233

LÍDER

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180434157**
Vitima: **SILVANA MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434157.**

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.b**r 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

Pag. 00359/00360 - carta_01 - INVALIDEZ

00020180

Carta nº 13384154

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANA MARIA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06045-3

CONTA: 000000200137-3

Nr. Autenticação
BRADESCO051120180500000000002370604500000020013716875 0 PAGO

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180434157
Nome do(a) Examinado(a): SILVANA MARIA DE LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA MANOEL ZUCA, 14 - Itapetim/PE - CEP 56720-000
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 5380808 - SDS
Data e Local do Acidente : 19/01/2018
Data e Local do Exame : 26/10/2018 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
trauma do joelho com instabilidade posterior importante ESQUERDO
lesao do LCA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
LIMITAÇÃO DE FLEXAO
MARCHA COM CLAUDICAÇÃO
OUTUBRO 2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
LIMITAÇÃO DE FLEXAO JOELHO ESQUERDO
ATROFIA MUSCULAR

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO
DOR ARTICULAR, ATROFIA

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

JOELHO ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

_____

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

_____

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

_____

% 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 a valoração do dano corporal.

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM Fone: 9.9916-011

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018

CPF: 029.945.844-09 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

SILVANA MARIA DE LIMA : 029.945.844-09

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 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: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Número do Sinistro: 3180434157

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018

CPF: 029.945.844-09 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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.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: 16/10/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SILVANA MARIA DE LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 5380808, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 029.945.844-04, residente no(a) MANOEL ZUCA
nº 11, bairro: PAULO VI, município: ITAPETIM / PE.

OUTORGADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: VIGILANTE, portador(a) do RG 5840550, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 008.475.334-39, residente no(a) ANTONIO TOMÉ DE SOUZA
nº 592 bairro: SÃO CRISTOVÃO, município: SERRA TALHADA / PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento o poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, 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 SILVANA MARIA DE LIMA.

Local e Data: ITAPETIM - 03/07/2018.

Silvana Maria de Lima
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Único de Notas da Comarca de Itapetim
Tabelia Maria Angelita Costa

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS REGISTROS E PROTESTOS
Titular: MARIA ANGELITA COSTA
Telefone: (87) 38331-145

Reconheço a firma por autenticidade de SILVANA MARIA DE LIMA. Itapetim - PE Valor do ato R$ 4,66, assim discriminados: Emolumentos: R$ 3,89; TSNR R$ 0,78 e FERC R$ 0,39. Maria Angelita Costa - Oficiala. Bel°. Cássia Mª G. Zumba Costa Cavalcanti - Substituta.

Selo: 0076935.VXY04201801.01885 03/07/2018 16:00:26
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGURO
18 SET 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018

CPF: 029.945.844-09 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

SILVANA MARIA DE LIMA : 029.945.844-09

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 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: 18/09/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341829/18

Número do Sinistro: 3180434157

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018

CPF: 029.945.844-09 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** SILVANA MARIA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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.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: 16/10/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO DO LCA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO JOELHO ESQUERDO ATROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
ALTA MEDICA EM OUTUBRO 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/10/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434157 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO COM ROTURA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DE JOELHO PARA REPARO LIGAMENTAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180434157
Nome do(a) Examinado(a): SILVANA MARIA DE LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA MANOEL ZUCA, 14 - Itapetim/PE - CEP 56720-000
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 5380808 - SDS
Data e Local do Acidente : 19/01/2018
Data e Local do Exame : 26/10/2018 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.
trauma do joelho com instabilidade posterior importante ESQUERDO
lesao do LCA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
RECONSTRUÇÃO DO LCA ESQUERDO
LIMITAÇÃO DE FLEXAO
MARCHA COM CLAUDICAÇÃO
OUTUBRO 2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
LIMITAÇÃO DE FLEXAO JOELHO ESQUERDO
ATROFIA MUSCULAR

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO
DOR ARTICULAR, ATROFIA

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal
JOELHO ESQUERDO
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal
_____
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal
_____
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal
_____
% 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 a valoração do dano corporal.

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM Fone: 9.9916-011

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

LÍDER

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180434157**
Vitima: **SILVANA MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434157.**

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.b**r 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

Pag. 00359/00360 - carta_01 - INVALIDEZ

00020180

Carta nº 13384154

LÍDER

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180434157**
Vitima: **SILVANA MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434157**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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 Líder-DPVAT

Pag 00145/00146 - carta_03 - INVALIDEZ

00050073

Carta nº 13392233

LÍDER

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Sinistro: **3180434157**
Vítima: **SILVANA MARIA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180434157** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag 00231/00232 - carta_02 - INVALIDEZ

00050116

Carta nº 13500128

LÍDER

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 221 [illegible] (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 no ASI	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	029.945.844-09	SILVANA MARIA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo: SILVANA MARIA DE LIMA
CPF titular da conta: 029.945.844-09
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: MANOEL ZUCA
Número: 54
Complemento: CASA
Bairro: PAULO VI
Cidade: ITAPETIM
Estado: PE
CEP: 56.720-000
Email:
Telefone (DDD): 87.9998-1477

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – 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 ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo) - Assinale uma opção!
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (sem DV): 6045 DV: 3
Informar dígito se existir
CONTA (sem DV): 20132 DV: 3
Informar dígito se existir

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO (Nome):
AGÊNCIA (sem DV): DV:
Informar dígito se existir
CONTA (sem DV): DV:
Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

ITAPETIM PE 10 de AGOSTO de 2017
Local e Data

Silvana Maria de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORFRAN 0001 (01)

LÍDER

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 221 [illegible] (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 no ASI	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	029.945.844-09	SILVANA MARIA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo: SILVANA MARIA DE LIMA
CPF titular da conta: 029.945.844-09
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: MANOEL ZUCA
Número: 54
Complemento: CASA
Bairro: PAULO VI
Cidade: ITAPETIM
Estado: PE
CEP: 56.720-000
Email:
Telefone (DDD): 87.9998-1477

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – 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 ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo) - Assinale uma opção!
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (sem DV): 6045 DV: 3 (Informar dígito se existir)
CONTA (sem DV): 20132 DV: 3 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO (Nome):
AGÊNCIA (sem DV): (Informar dígito se existir)
CONTA (sem DV): (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

ITAPETIM PE 10 de AGOSTO de 2012
Local e Data

Silvana Maria de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFERE COM
O ORIGINAL

EXCELSIOR SEG. PRO

SEGURO PRIVADO

DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA ITAPETIM

170ª CIRCUNSCRIÇAO

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA - ITAPETIM
170ª CIRCUNSCRIÇÃO

CONFERE COM
O ORIGINAL

EXCELSIOR SEG...

Seguradora LIDER

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 0900 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
SILVANA MARIA DE LIMA	039.445.844-04	19-01-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)
87.9.9998-5422

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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.

ITAPETINGA-BA 10 de Agosto de 2018

Local e Data

Silvana maria de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAT.001 V001/2017

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANA MARIA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06045-3

CONTA: 000000200137-3

Nr. Autenticação
BRADESCO051120180500000000002370604500000020013716875 0 PAGO

celpe
neoenergia

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

NOTA FISCAL / FATURA — CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0055643-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
[illegible] DE LIMA

CPF: 029.845.844-09

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
[illegible]
PAULO VITAFETIM
ITAPETIM PE
[illegible]

CLASSIFICAÇÃO
[illegible] RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

4004783974 [illegible] 04/2018

DATA DE LEITURA DO MÊS: 20/04/2018
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/05/2018

TOTAL A PAGAR (R$): 17,12

[illegible]	[illegible]	[illegible]
APRESENTAÇÃO	[illegible]	[illegible]

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Contribuição Iluminação Pública			[illegible]
Multa por atraso NF [illegible] - [illegible]			[illegible]
Multa por atraso NF 005056625 - 06/2018			[illegible]
Juros por atraso NF 005056625 - 06/2018			[illegible]
Juros por atraso NF [illegible] - [illegible]			[illegible]
Atualização IGPM NF 005056625 - 06/2018			[illegible]
Atualização IGPM NF [illegible] - [illegible]			[illegible]

TOTAL DA FATURA 17,12

Nº DO MEDIDOR (PROPRIA)	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	ANTERIOR LEITURA (KWH)	ATUAL DATA LEITURA	ATUAL LEITURA (KWH)	Nº DE DIAS	CONSTANTE (KWH)	FATOR	CONSUMO (KWH)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
[illegible]	[illegible]

celpe
neoenergia

1130133025 06/2018

02/07/2018 12/07/2018

168,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO / TESTA NOTA FISCAL

[redacted]

168,86

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SILVANA MARIA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.945.344-04 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima SILVANA MARIA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.945.344-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO INFORMAR

☒ Recuso informar

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

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

Endereço: ANTONIO TOME DE SOUZA		Número: 573	Complemento: CASA
Bairro: SÃO CRISTOVÃO	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	CEP: 56.903.220
Email:	Telefone comercial (DDD): 87 98878-5033	Telefone celular (DDD): 87 9 9992-5477	

SERRA TALHADA PE 10 de AGOSTO de 2017
Local e Data

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDPV-001 v001/2017

SUS HRP

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendim.: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)

Class. Risco: VERMELHA Transporte: AMBULANCIA BRANCA Reg.: N

Origem: VIA PUBLICA

Paciente: **SILVANA MARIA DE LIMA**

Nome Social:

Filiação I: MARIA DO SOCORRO LIMA Filiação II: RAIMUNDO INACIO DE LIMA

Nascimento: 22/4/1976 Idade: 41 Cor: PARDA Gênero: MULHER CIS

Profissão: TECNICO EM ENFERMAGEM

Endereço: SITIO RECANTO Num.:

Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)98215-4311

Cidade: ITAPETIM - PE - 56720-000 - 2607703

CNS: Identidade: 5380808

CPF: Reg. Nasc.:

Data / Hora: 19/1/2018 08:52:46 Recepcionista: MAIA

Ficha Número: 238763 106155

PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- [ ] 01 - ELETIVO
- [ ] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

- [ ] 1 PRESCRITA
- [ ] 2 APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇ
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS. CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -

2 -

3 -

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns: ANTONIO GOMES DA COSTA SEGUNDO NETO - 4891 - 201-5632-4266-0001

Carimbo

ASS. PACIENTE / ACOMPANHAN. E OU RESPONSÁVEL

Polegar D

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO

Hospital João XXIII (SAS) **Data:21/07/2018**

Paciente :Silvana Maria de lima

Convenio: Particular

Cirurgiao: FABIO GONDIM **Auxiliar** :

Segundo : **Anestesista**: raoni

Instrumentadora: Waleska **Circulante**: orcelia

Diagnostico : Ruptura do lca aguda

Cirurgia: Artroscopia do joelho p lca

Acidentes durante a cirurgia:

Descrição cirúrgica:

1 Decubito dorsal sob raquianestesia

2 instalação de infusor com fluxometro e utilizado soro fisiológico 10 litros

3assepsia e antissepsia e aposição de campos estéreis

4 Abertura dos portais artroscopicos

5 Retirada tendões semitendineo e gracilis para transposição por incisão em perna

6 feito sinovectomia

7 Utilizado cureta para desbridamento

8 Tuneis ósseos em fêmur e tíbia

9 Subida do enxerto e fixado no fêmur e tíbia com ancora femoral 20

10 sutura com nylon

11 curativo.

Fabio gondim Nepomuceno

CRM - 5429

CLÍNICA RADIOLÓGICA DE PATOS

Nome: SILVANA MARIA DE LIMA
Prontuário. 71852
Idade: 42 Anos
Solicitante Dr(a): NAO INFORMADO

Data: 30/05/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

METODOLOGIA: foram realizados cortes multiplanares, em sequências TSE/GE, T1, T2, STIR, sem a infusão do meio de contraste EV.

ACHADOS:

1. Moderado derrame articular, acumulando-se principalmente na bursa supra-patelar e no recesso posterior intercondilar, acompanhado de espessamento sinovial difuso e múltiplos debris, sugestivo de hemartrose e/ou sinovite.
2. Sinais de rotura completa do ligamento cruzado anterior.
3. Espessamento e alteração de sinal do ligamento colateral medial e ligamento patelar sem alterações, indicativo de estiramento.
4. Não encontramos alterações significativas no ligamento cruzado posterior e ligamento colateral lateral.
5. O menisco medial tem rotura horizontal oblíqua no corno posterior que toca sua superificie articular tibial, próximo ao ápice. O menisco lateral tem alteração de sinal intrasubstancial, sem contato franco com superfícies articulares.
6. Afilamento e erosões cartilaginosas do revestimento fêmoro-tibial lateral e, notadamente, medial, associada a pequenos osteófitos marginais e extrusão meniscal parcial o que indica processo degenerativo.
7. Também na articulação patelo-femoral, notamos oteófitos marginais pequenos, com focos de condropatia grau 3, sendo um na faceta lateral da patela (0,9cm) outro na faceta medial (0,6cm) e outro acometendo ângulo da tróclea e principalmente faceta medial (1,2cm).
6. Tendões regionais de espessura e sinal preservados.
7. Planos musculares examinados íntegros.
8. Foco de edema ósseo na margem posterior de ambos os côndilos tibiais, inespecífico.

Exame documentado em 05 peliculas

Dr. Severino Aires de Araújo Neto - CRM-PB 4948
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Doutorado pela FCM – UNICAMP
Professor de Radiologia do Curso de Medicina da UFPB

Digitador 5

RUA BOSSUET WANDERLEY, 449 - CENTRO
TELEFAX: (83) 3421.2985
PATOS - PARAÍBA
cadmowanderley@hotmail.com
severinoaires@hotmail.com
cadmoaraujo@bol.com.br

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

NOME: SILVANA MARIA DE LIMA
Idade:41 ANOS
Data Exame: 19/01/18
Médico (A) Solicitante: DR. ANTONIO GOMES DA C. SEGUNDO
AREA VERMELHA

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL

Vesícula Biliar de topografia usual, de paredes lisas e finas,sem evidencia de imagens ecogênicas em seu interior.

Hepato-coledoco de calibre normal.

Fígado de textura e dimensões normais, superfície regular, parênquima homogêneo, sem sinais de processo inflamatório. Não há dilatação de canais biliares intra-hepáticos. Vasos portais e veias hepáticas de calibre normal.

Pâncreas de topografia, dimensões e ecotextura habituais. Wirsung sem dilatação.

Baço de morfologia, dimensões e ecotextura habituais.

Rins tópicos, de forma e contornos regulares, apresentando dimensões e textura acústica normais, e diferenciação cortico-medular preservada. Não há dilatação do sistema pielocalicial

Bexiga com repleção hídrica, de paredes regulares, sem evidencia de imagem ecogênica em seu interior

Ausência de coleções liquida intra-abdominais.

CONCLUSÃO

Órgãos e estruturas estudados ecograficamente normais.

Obs.: Exame sem imagens em anexo, pois está faltando filme de impressão no serviço.

Dr. Saulo de Tarso de Sá Pereira
Médico Radiologista CRM- 1595

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Regional "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME:
DATA NASC: / /
RG:
ENDEREÇO:
BAIRRO:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
NOME DA MÃE:

EXAME(S) SOLICITADO(S)	CÓDIGO	EXAME(S) SOLICITADO(S)	CÓDIGO
USG Abdom			

PROFIS. SOLICITANTE
CARIMBO
DATA___/___/___

UNID. SOLICITANTE:
CNES:
AUTORIZAÇÃO DATA___/___/___

Nº CARTÃO SUS

REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:
UNID. PRESTADORA _____ CÓDIGO ___
DATA ___/___/___ HORA ___ . ENDEREÇO: _____
MÉDICO:
SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO: ___ - ___

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR
ASSINATURA DO USUÁRIO
POLEGAR DIREITO (ANALFABETO)

EXPEDIDO SECRETARIA

CTO
Clínica de Trauma e Ortopedia

Dr. Aristoteles Guerrez Neto
CRM - 6817
Cirurgias Ombro e Cotovelo

Dr. Valth Guimarães
RM - PB F326 - TEOT 15.090
Cirurgia do Joelho

Dr. Fabio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril e Trauma

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Waerson Jose Sousa
CRM - 5277
Cirurgia do Trauma e Infantil e Tratamento de Feridas de choque

Silvan. Mar. de
Lim.
Paciente vítima de
trauma em joelho OJ
c/ lesão ligamento cruzado
e patela CID: M23.5
operada permanece c/

DR. FABIO GONDIM VERONUCENO
ORTOPEDISTA CRM-PB Nº 5429
HOSP. DR. CHATEAUBRIAND
RUA SÃO JOSÉ - 83 3341-2560
CAMPINA GRANDE - PB

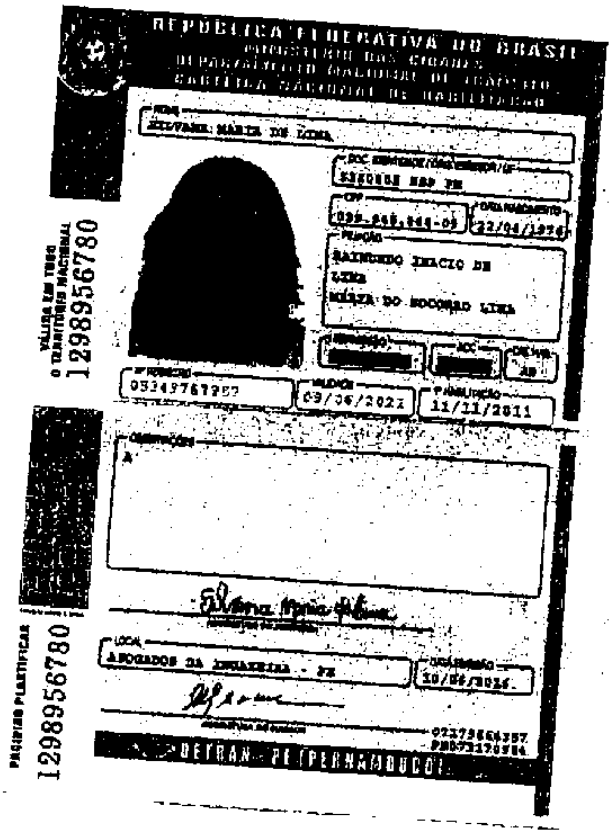
Rua Dr Chateaubriand 206 - São José - 83 3341.2566 / 3341.2560
CEP: 58400-396 - Campina Grande - PB
Em frente ao HU - antigo Ipasel

EXCELSIOR SEGUROS
16 OUT 2016

EXCELSIOR SEGUROS
16 OUT 2016

artrose M22.4 e deficit de ADM c/ incapacidade funcional em MIE de 40% para atividades diárias.

09/10/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JULIANA MARIA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5360808 SDS PE

CPF
039.868.844-09

DATA NASCIMENTO
22/04/1974

FILIAÇÃO
RAIMUNDO INACIO DE LIMA
MARIA DO SOCORRO LIMA

HABILITAÇÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05349767957

VALIDADE
09/06/2022

PRIMEIRA HABILITAÇÃO
11/11/2011

OBSERVAÇÕES
A

LOCAL
ARCOVERDE DA INGAZEIRA - PE

DATA/LOCAL
10/06/2016

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1298956780

PÁGINAS PLASTIFICAS
1298956780

EXPEDIDA EM
SEDE