



Número: **0001077-06.2019.8.17.3340**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de São José do Egito**

Última distribuição : **05/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LEIDIANE FERREIRA DO CARMO (AUTOR)	VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64289 476	07/07/2020 14:43	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190479300 **Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

Data do Acidente: 20/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14714172

Pag. 01985/01986 - carta_01 - INVALIDEZ



00020993



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190479300 **Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

Data do Acidente: 20/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01899/01900 - carta_03 - INVALIDEZ



00060950

Carta nº 14717378



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190479300 **Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

Data do Acidente: 20/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01801/01802 - carta_02 - INVALIDEZ



00020901

Carta nº 14739118



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190479300 **Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

Data do Acidente: 20/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001296

Conta: 0000015808-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Especifique(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - RG do destinatário ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **09892687485** **4 - Nome completo da vítima:** **LEDIANE FENNERA DO CARMO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BÁSICA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: **LEDIANE FENNERA DO CARMO** 6 - CPF: **09892687485**

7 - Profissão: **REUNO** 8 - Endereço: **RUA MAJ. CLAUDIO TEIXEIRA, 259** 9 - Número: **259** 10 - Complemento: **APARTAMENTO**

11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **Belo Horizonte** 13 - Estado: **MG** 14 - CEP: **56740-000**

15 - E-mail: **30741111@ptt.br@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(31) 3158-31-7273**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR II CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **12345678901** 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abertos. Acionar em opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (011) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3296** CONTA: **15808** DIG: **4**

(Informar o dígito se estiver)

(Informar o dígito se estiver)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se estiver) (Informar o dígito se estiver)

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

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o preencheimento da anexa da meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da custo da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (luv CMN) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos: Sim Não 30 - Vítima deixou neto(a) (neto(a) de neto(a)): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/vizinhos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso decida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário no ato da assinatura

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **6 DE JUNHO DE 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1/06/2019

14 AGO. 2019



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190479300
Nome do(a) Examinado(a): Leidiane Ferreira do Carmo
Endereço do(a) Examinado(a): R Major Claudio Leite Andrade, 259
Centro Brejinho PE CEP: 56740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8550159
Data local do acidente: [20/04/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 20/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE TOMOGRAFIA ONDE EVIDENCIOU HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTAL, PERMANECEU POR 5 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR, POIS, A MESMA APRESENTAVA CONFUSÃO MENTAL E ALTERAÇÕES LEVES DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSOES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA FAZ USO DE COLETE PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES, ALEM DE AFIRMAR DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES

Data da Alta: 25/04/2019

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

AO EXAME NEUROLÓGICO: NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES

AO EXAME DA COLUNA LOMBAR: FAZ USO DE COLETE PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA COLUNA LOMBAR.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

007 10448356

Série A
1ª Parte

1ª Via



007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

007

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1430448856

Série A 1º Parte

Scalability can often be addressed with nested `Resource` units.

Digitized by srujanika@gmail.com



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE Ocorrência

M-10448356

2ª Via

Série A
2ª Parte

Modulo Operacional	Nome do Detonador	Descrição	Local da Explosão	Local de Registro	Data da Explosão
	Nome do Arrombador		Local de Explosão ou Arrombamento		
	Nome do Encapuzado		Local de Explosão		
	Nome do Ladrão		Local de Explosão		
Objeto Explosivo	Enchimento	Tipo do Objeto	Marca / Modelo	Numero do Serial	
	Quantidade	Valor	Mesmo	Objeto Aparentado?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
	Data e motivo do registro do objeto?				
	Enchimento	Tipo do Objeto	Marca / Modelo	Numero do Serial	
Quantidade	Valor	Mesmo	Objeto Aparentado?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Data e motivo do registro do objeto?					
Dados do Veículo	Enchimento	Nome / Marca	Cor	Ano	Recursos
	UF	Estado	Placa		Veículo Aparentado?
	Data e motivo do registro do veículo?				
	Enchimento	Nome / Marca	Cor	Ano	Recursos
UF	Estado	Placa		Veículo Aparentado?	
Data e motivo do registro do veículo?					
Dados Complementares	<p>A guarnição da polícia, foi solicitada pela permanência da 3ªcia informando que no PE 375 Km 08 havia ocorrido um acidente de trânsito com vítima fatal. Ao chegarmos no local, fomos informados a procedência dos fatos, resultado o deslocamento da Paraíba que estava dando apoio à operação, a vítima 01, vítima em sua motocicleta Honda CG 160, cor Vermelha, ano 2015/2016, placa P-21-7630, dirigindo quando bateu na traseira da motocicleta uma Honda CG 150, cor Vermelha, ano 1986, placa KGR-0543, de propriedade de Gaita 2.º andar Vilação o coro (a vítima 02, a vítima 03, ficou como condutor do refreido veículo a vítima 03, na esquerda, o veículo conduzido pela vítima fatal, foi para a esquerda 000 e atingiu o veículo motocicleta CG 150, cor Vermelha, ano 2007/2008, placa MOU-7567 (sítio) - PB.</p>				
	<p>Endereço Peritado: S. Soltado - P. Recife</p>				
	Tipo de Evite	Enchimento	Tipo de Breve	Enchimento	Tipo de Breve
	<input type="checkbox"/> Ladrão <input type="checkbox"/> Assaltante	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
Local de Arrombamento		Nome do Objeto	Bem gerado pelo sistema		
Matrícula N. 308.813-6			Matrícula N. 387.428-0		
Ass. DPO		Ass.:	Ass.:		
Nome: Dona Roseli Nogueira de Souza		Nome:	Nome:		
		14 AGO. 2018	Pedro Diogo da M.		



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - RG do cliente ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **09892687485** 4 - Nome completo da vítima: **LEDIANE FENNERIA DO CARMO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BÁSICA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: **LEDIANE FENNERIA DO CARMO** 6 - CPF: **09892687485**

7 - Profissão: **REUNO** 8 - Endereço: **RUA MAJ. CLAUDIO TEIXEIRA, 259** 9 - Número: **259** 10 - Complemento: **APARTAMENTO**

11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **BRAZILIA/NM0** 13 - Estado: **DF** 14 - CEP: **56740-000**

15 - E-mail: **30741111@ptt.br@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(61) 315831-7273**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR II CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **12345678901** 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abertos. Acionar em opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (011) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3296** CONTA: **15808** DIG: **4**

(Informar o dígito se estiver)

(Informar o dígito se estiver)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se estiver) (Informar o dígito se estiver)

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

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o preencheimento da análise da meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da custo da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (luv CMN) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos: Sim Não 30 - Vítima deixou neto(a) (neto(a) de neto(a)): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/vizinhos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso decida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário no ato da assinatura

35 - Nome legal de quem assina a roga/a pedido

36 - CPF legal de quem assina a roga/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BRASÍLIA - DF, 01/08/2019**

Leidiane Fenneria do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

14 AGO. 2019

1 V002/2019



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 154 02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		Hora: 18:00		
07/04/19	0248	Paciente / Fútil: Lorinete	Endereço: Função de Ouro	Estado: 29
Local de Ocorrência: PA - pista a Teixeira		Estado: Brasília		Stamp: Marcelo
Apelido do Local: <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Recepta PRF <input type="checkbox"/> COPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro		Médico Responsável		
OTR: <input type="checkbox"/> Socorrido por Serviços <input type="checkbox"/> Receptado estabelecimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não mencionado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRAVOS:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> FERATRÍTICO
<input type="checkbox"/> AGRESÃO	<input type="checkbox"/> FEROCÍATRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE ANÓMALIA FETAL/OGÂMONTO
<input type="checkbox"/> DESABALVANTO/ESTRANGOLAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda METROS
<input type="checkbox"/> ELECTROCUTAÇAO	<input type="checkbox"/> Queda MÉTRAS
<input type="checkbox"/> FAL	<input type="checkbox"/> Queda MÉTRAS
<input type="checkbox"/> FAL (PAU)	<input type="checkbox"/> Queda MÉTRAS
<input type="checkbox"/> GÊNEICO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉCNICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CISTÍCULOS	<input type="checkbox"/> INTUBAÇÕES E ANTES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA DEFORTUNA/CRONICA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: **CHR**

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Olhos anisocônicos, glauco 12, fámito constante na face, mict.

DADOS VITIAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30pm <30pm / PULSO RADIAL: Presente Absente / PAS: >90mmHg

Hg: <90mm Hg
PA: **120 x 80** FC: **PR: 111** TEMP: **36,5** °C - GLICEMIA: **115** mg/dL - E. Com: **+** SpO2: 100 / 100 SpO2: 100

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Desambulação Prejudicada
 Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Dissecação Arteríoma Dor Aguda Hipertensão Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Íleo Inolerância a Alimentação Mucosse Oral Prejudicada Padão Respiratório Ineficaz
 Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficitácia Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência Incontinência
 Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

INTERVENÇÕES:

SSVV / Imobilização c/ colar cervical e franha rígida / Transporte.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão moto x moto SIC, encontrada em decúbito dorsal, já sem capacete, adiantado R/P c/ SRL por outra equipe (Braginho); glauco 12, fámito constante na face, abdome rígido, corte em MASS e MUIT, em tempo, pupilas anisocônicas, não foto-reagente. Realizada imobilização c/ colar cervical e franha rígida. Em A18 c/ SRL.

14 A60, 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACAO	40277	HORA	09:05	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS		
OCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PÚBLICA				
MÉDICO	TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO	IDADE 28a 1m GÊNERO FEMININO			
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES FERREIRA DO CARMO				
FILIAÇÃO II	LUIS ALEXANDRE DO CARMO				
CIDADE	BREJINHO	PE	56740000		
ENDERECO	RUA JOSÉ BENTO 13				
BAIRRO	CENTRO				
NATURALIDADE	VARZEA NOVA				
TELEFONE		CELULAR	87991390373		
C.N.S.	707406016996570	IDENTIDADE 8550159			
C.P.F.	098.926.874-85	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/02/1991	COR	PARDO		
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTORA		

RESPONSÁVEL MARIA ADRIANA FERREIRA

Ass. Resp./Paciente *Dollasati adriana ferreira*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*paciente trouxe seu filho vítima de colisão moto-moto com
TCE monergico e fraturas dos processos transversos (lombares,
com lesão de L1, L2, L3 e L4).*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*EG Recup., Conscienc., Desorientada, evasiva, cacoche,
midriose, APP e Resultado do teste*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *TCE / Fraturas lombares (Columna)*

CID _____

DADOS DA SAÍDA

Data *25/4/19*Hora *9:57* H *30* Min

MOTIVO

Alta Curada Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

MÉDICO/CRM

*Dr. Luciano Fonseca CRM
Neurologista
Nº 11.353-1*

14 AGO. 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: EDILSON FERREIRA DO CARMO

Da Clínica: CIR Enfermaria: _____
A Clínica: AVP Leito: _____

Vizão da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

TIC M

Data: 21/04/19

Assinatura do Médico Consultante
Edilson Pereira de Alencar
CRM-PB 2663

PARECER:

1. 10/04/19: TIC M infarco do miocárdio anterolateral
sem edema. No exame corrente, glicose 150
mg/dL, urina normal
exame urinário com forte leucocitose
& leucocitúria.

Outro: UVA
Sintomas: mais mais mais mais mais
mais, mais, mais, mais, mais

16. Te de exame, infarco do miocárdio anterolateral
exame urinário com forte leucocitose

Edilson Pereira de Alencar
Neurologista
CRM-PB 2663

Edilson Pereira de Alencar
Neurologista
CRM-PB 2663

Data: 1/05/19

Assinatura do Médico Especialista
14 AGO. 2019



PRONT.: 22593
PACIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Nº REQUIS.: 10638

EMISSÃO.: 22/04/2019

SEXO: F

IDADE...: 28

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KODEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método..:			
ERITROGRAMA			
REMACTAS.....	4.010 milhões/mm ³	FEMININO MASCULINO	4 a 5,2 milhões/mm ³ 4,5 a 5,9
milhões/mm ³			
HEMOGLOBINA.....	11,9 g/dL	FEMININO MASCULINO	12 a 16 13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	37,8 %	FEMININO MASCULINO	35 a 46 41 a 53
WCM.....	94,3 fL	NORMAL	80 a 100
HGM.....	29,7 Pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.....	31,5 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW.....	13,8 %	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....	10.800	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	75	0 0100 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	41	0 0032 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	16	0 1728 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONOCITOS.....	5	0 0540 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS..: 345.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES



Leidiane Ferreira do Carmo
14/04/2019

14 AGO. 2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000015808-4

Nr. da Autenticação 99793C4E9F2766BB



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 15

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 027.243.372



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO
RUA ANTONIO BARRETO 41
PATOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/451385-9

REFERÊNCIA
JUN/2019

APRESENTAÇÃO
28/06/2019

CONSUMO

44

VENCIMENTO

05/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 36,54

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2019

Pagador: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO CNPJ/CPF: 081.736.954-66
RUA ANTONIO BARRETO 41 - MONTE CASTELO - PATOS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003286585	000451385201906	05/07/2019	R\$ 36,54	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

14 AGO. 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 17



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capital e região metropolitana: 0800 022 81 89 | Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para aplicações auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 85

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/L459X?TIPO=1&COBIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA UNIVADA ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ AFACÍLIO BATISTA DE LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083 886 574 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEIDIANE FERREIRA DO CARVALHO Inscrito (a) no CPF sob o N° 098 926 874 / 25

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEIDIANE FERREIRA DO CARVALHO

Inscrito (a) no CPF sob o N° 098 926 874 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante da residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação das penas previstas no art. 208 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua ANTONIO BARRETO</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>0404</u>
Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>58707-000</u>
E-mail: <u>Josafacilio.batista@gmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>(63) 3831-7243</u>

Local e Data: PATOS-PB, 12 DE AGOSTO DE 2019.

José Afacílio Batista de Lima
Assinatura do Declarante

14 AGO 2019

DIREL001 V001/2017



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 154 02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		Hora: 18:00		
07/04/19	0248	Paciente / Fútil: Lorraine Ferreira de Oliveira	Idade: 29	Sexo: F / Marca: F / Fono:
Local de Ocorrência: PA - pista a Teixeira		Estado: RJ		
Apelido / Local: (P)PA	(R)Ribeira / Bombeiros	(P)Recebe PRF	(P)OPTRAN	(P)TRANS
(P)TROTE		(P)Outro		
GTA: <input checked="" type="checkbox"/> Socorrido por Serviços <input type="checkbox"/> Recebido etiologicamente <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não mencionado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRAVOS:

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Febre Ártica
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Febre Crônica
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Febre Intensiva
<input type="checkbox"/> Desabrigamento / Terramoto	<input type="checkbox"/> Febre Arqueológica
<input type="checkbox"/> Electrocussão	<input type="checkbox"/> Febre Móveis
<input type="checkbox"/> F.A.R.	<input type="checkbox"/> Febre Malaria
<input type="checkbox"/> I.A.P. (A.P.)	<input type="checkbox"/> Febre
<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrico	
<input type="checkbox"/> Lesões Técnicas	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doenças Mentais
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> Ans	<input type="checkbox"/> Doença
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Defeito Congenital	<input type="checkbox"/> Outros

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: EHR

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

pupilas anisocônicas, glauco 3+, fámito constante na face, mict.

DADOS VITais:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30pm <30pm / PULSO RADIAL: Presente Absente / PAS: >90mmHg

Hg: <90mm Hg
P.A: 120 x 80 FC: PR: 111 TEMP: 36°C - GLICEMIA: 115 mg/dL - E. Com: - SpO2s/02: 100 SpO2d/02: -

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Desambulação Prejudicada
 Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Dissecação Arteríoma Dor Aguda Hipertensão Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Íleo Inolerância a Alimentação Mucosse Oral Prejudicada Padão Respiratório Ineficaz
 Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficitária Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência Incontinência
 Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

INTERVENÇÕES:

SSVV / Imobilização c/ colar cervical e franja rígida / Transporte.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão moto x moto SIC, encontrada em decúbito dorsal, já sem capacete, adiantado R/P c/ SRL por outra equipe (Braginho); glauco 3+, fámito constante na face, abdome rígido, corte em MESS e MUIT, em tempo, pupilas anisocônicas, não foto-reagente. Realizada imobilização c/ colar cervical e franja rígida. Em A18 c/ SRL.

14 A60, 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACAO	40277	HORA	09:05	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PÚBLICA				
MÉDICO	TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO	IDADE 28a 1m GÊNERO FEMININO			
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES FERREIRA DO CARMO				
FILIAÇÃO II	LUIS ALEXANDRE DO CARMO				
CIDADE	BREJINHO	PE	56740000		
ENDERECO	RUA JOSÉ BENTO 13				
BAIRRO	CENTRO				
NATURALIDADE	VARZEA NOVA				
TELEFONE		CELULAR	87991390373		
C.N.S.	707406016996570	IDENTIDADE 8550159			
C.P.F.	098.926.874-85	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/02/1991	COR	PARDO		
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTORA		

RESPONSÁVEL MARIA ADRIANA FERREIRA

Ass. Resp./Paciente *Dollasati adriana ferreira*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*paciente trouxe seu filho vítima de colisão moto-moto com
TCE monergico e fraturas dos processos transversos (lombares,
com lesão de L1, L2, L3 e L4).*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*EG Recup., Conscienc., Desorientada, evasiva, cacoche,
midriose, APP e Resultado do teste*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *TCE / Fraturas lombares (Columna)*

CID _____

DADOS DA SAÍDA

Data *25/4/19*Hora *9:57* H *30* Min

MOTIVO

Alta Curada Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

MÉDICO/CRM

*Dr. Luciano Fonseca CRM
Neurologista
Nº 11.353-A*

14 AGO. 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

Name: LEPTINE PEREIRA DO CARMO

Da Clínica: CR Enfermaria: _____
A Clínica: AVP Leito: _____

Qual é o motivo da consulta (especificar os dados sobre as quais deseja opinião e numberar os principais sintomas do enfermo)

700

DATA: 7/1/04/10

Assistência Médica Consultante
Centro Geral
CRM 2883

PARECER:

12/29/13: Found 1 infm. to exist on two different
nest sites. At same exact, flew to
42 m. with wind
42 m. when birds can take to power lines

oder von
Schildmauer, ^{zu} ^{der} ^{Wand} ^{oder} ^{die} ^{Wand}
Fabel, ^{zu} ^{der} ^{Wand} ^{oder} ^{die} ^{Wand}

166. To do ~~now~~, when ~~done~~ & back ~~soon~~ ^{now}.
other part to ~~done~~ ^{now} ~~done~~ ^{now}

Ministério da Pátria de Alencar
Ministério das Relações Exteriores

R. L.
Renilson Pereira de Alencar
Neurologia
CRM-DF 1044

Date: / /

Assinatura do Médico Especialista



PRONT.: 22593
PACIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Nº REQUIS.: 10638

EMISSÃO.: 22/04/2019

SEXO: F

IDADE...: 28

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KODEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método..:			
ERITROGRAMA			
REMACTAS.....	4.010 milhões/mm ³	FEMININO MASCULINO	4 a 5,2 milhões/mm ³ 4,5 a 5,9
milhões/mm ³			
HEMOGLOBINA.....	11,9 g/dL	FEMININO MASCULINO	12 a 16 13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	37,8 %	FEMININO MASCULINO	35 a 46 41 a 53
WCM.....	94,3 fL	NORMAL	80 a 100
HGM.....	29,7 Pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.....	31,5 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW.....	13,8 %	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....	10.800	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	75	0 0100 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	41	0 0032 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000	0 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	16	0 1728 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONOCITOS.....	5	0 0540 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS..: 345.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES



Leidiane Ferreira do Carmo
14/06/2019

14 AGO. 2019



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	40277	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS
MÉDICO	TEOFILHO GREGÓRIO DE ANDRADE		

PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO	IDADE	28a 1m
----------	----------------------------	-------	--------

RESUMO CLÍNICO:	
-----------------	--

DIAGNÓSTICO:	
--------------	--

CID-10:	
---------	--

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	
---------------------------	--

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:	
-----------------------------	--

ENTAÇÕES APÓS A ALTA:	
-----------------------	--

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Óbito
DESTINO	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar
	<input type="checkbox"/> Transferência para _____

PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20____.

MÉDICO/CRM

14 ABR 2019

003



Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME E PELVE

Técnica:

Acquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste iodado, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Figado com conformo, dimensões e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de sinais de dilatação biliar intra e extra-hepática.

Baço com tamanho e densidade normais.

Pâncreas e adrenais de aspecto anatômico.

— Rins tópicos, de morfologia e dimensões normais, sem sinais de dilatação pielocalcinal.

Aorta de trajeto e calibre normais.

Não há evidências de linfonodomegalias.

Alças intestinais de calibre preservado.

Bexiga repleta, de paredes finas e conteúdo homogêneo.

Ampola retal centrada.

Diminuta quantidade de líquido livre na pelve.

Fratura linear, completa e com leve desvio ósseo dos processos transversos direitos de L1, L2, L3 e L4.

Fossas isquiorretais livres.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos da(s) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:42.

14 AGO. 2019

Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa
CRM - 32905739





Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1981

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diametros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

Impressão Diagnóstica:

Tomografia computadorizada dentro da normalidade.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:55.



Dr. Evaldo De Sousa Nobrega

CRM 5227 - PB

16 AGO 2019





Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Hematoma subgaleal e aumento das partes moles na região frontal.
Parêncima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventriculos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, clissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.
Calcificação da pineal e plexos coroides, sem significado patológico.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:50.

14 AGO. 2018



Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa
CRM - 52905799





Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multideflectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

— Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.

Sulcos, fissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.

Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Calcificação da pineal e plexos coroides, sem significado patológico.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(s) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:21.

14 AGO. 2019

Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB





Atendimento: 201900287985

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais alinhados, de altura preservada.

Pedículos integros.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias de aspecto habitual.

Espasos discais mantidos.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Articulações sacroiliácas preservadas.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico da coluna lombossacra dentro dos padrões de normalidade nos níveis estudados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:58.



Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB

14 AGO. 2019





Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

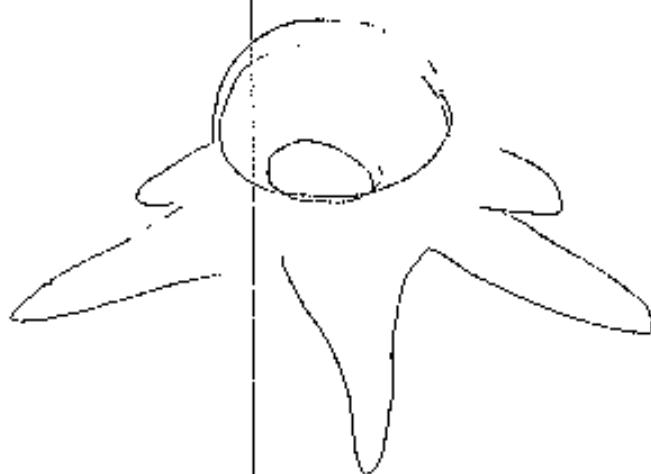
Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a Injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Retificação da curvatura fisiológica da coluna cervical.
Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinais sem alterações.
Articulações uncovertebrais e interfacetárias de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Forames de conjugação livres

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:31.

14 AGO. 2019

Dr. Antônio Gabriel de Jesus Barbosa
CRM - 32905739



Hospital Regional dos Ratos - RX

00000279877

45%

EL 5583

Base, AD

00000017951

LEIDIANE FERREIRA DO GARMO, n° 11 Jan/1990

2004/2010/205745



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 30

Hospital Regional de Petrópolis - RX

000002228277

80%

14.5.2020

D

11 ABR 2019

Baixar Entrada
03000017951

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, *Florianópolis/SC
03/04/1990

20/abr/2019 20:59:17

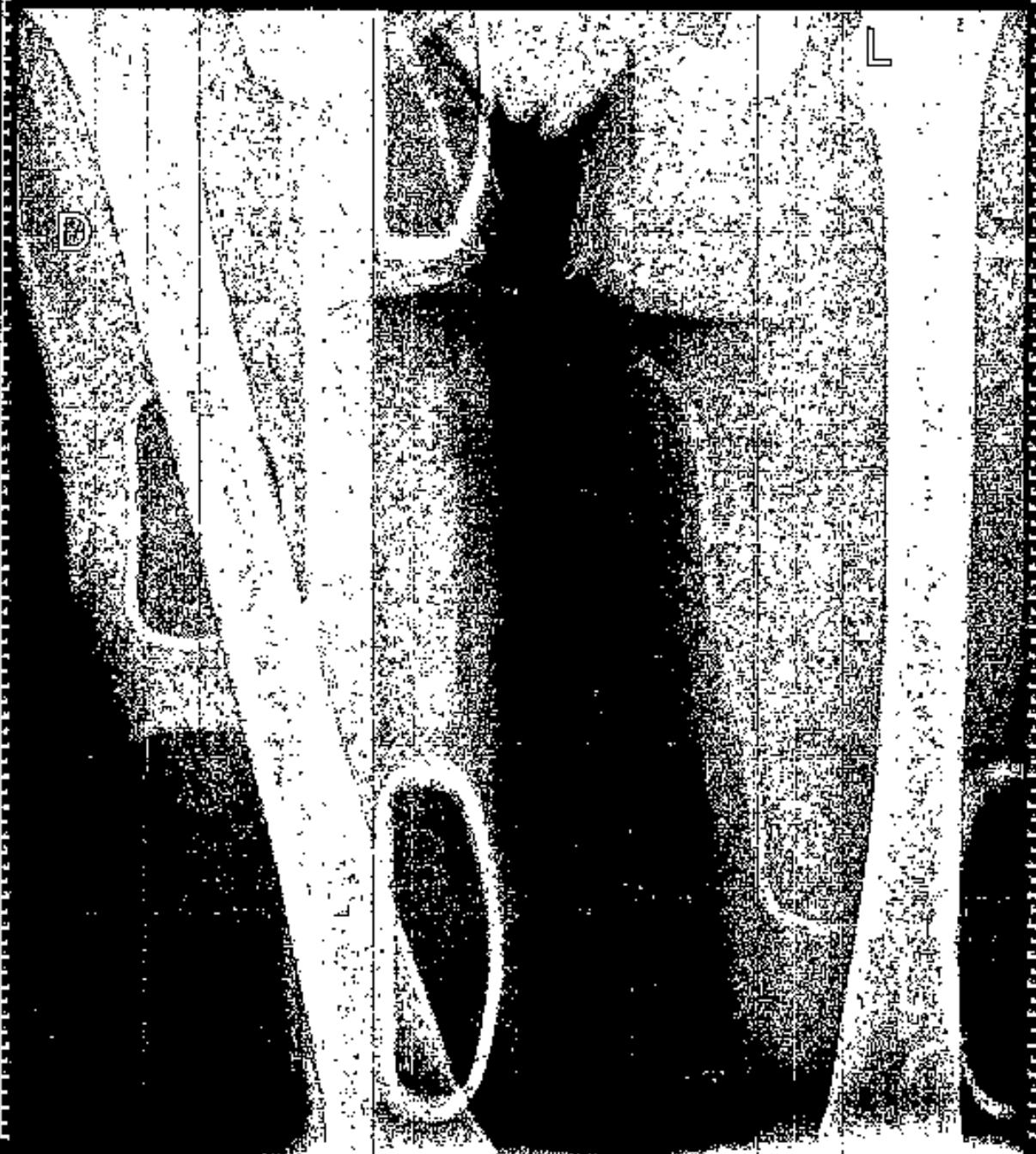


Hospital Regional de Feijóo - RX

ଗାଁପିପାଳନୀରେଣ୍ଟ୍ୟୁଲେସନ୍ୟୁ

5016

11.552



- 10 -

30/6/2019 21:00:54

0000000007951

LEIBIANE FERREIRA DO CARMO, *1/Jan/1996

14 AGO 2019





14 AGO. 2019





**Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número
098.926.874-85**

**Nome
LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

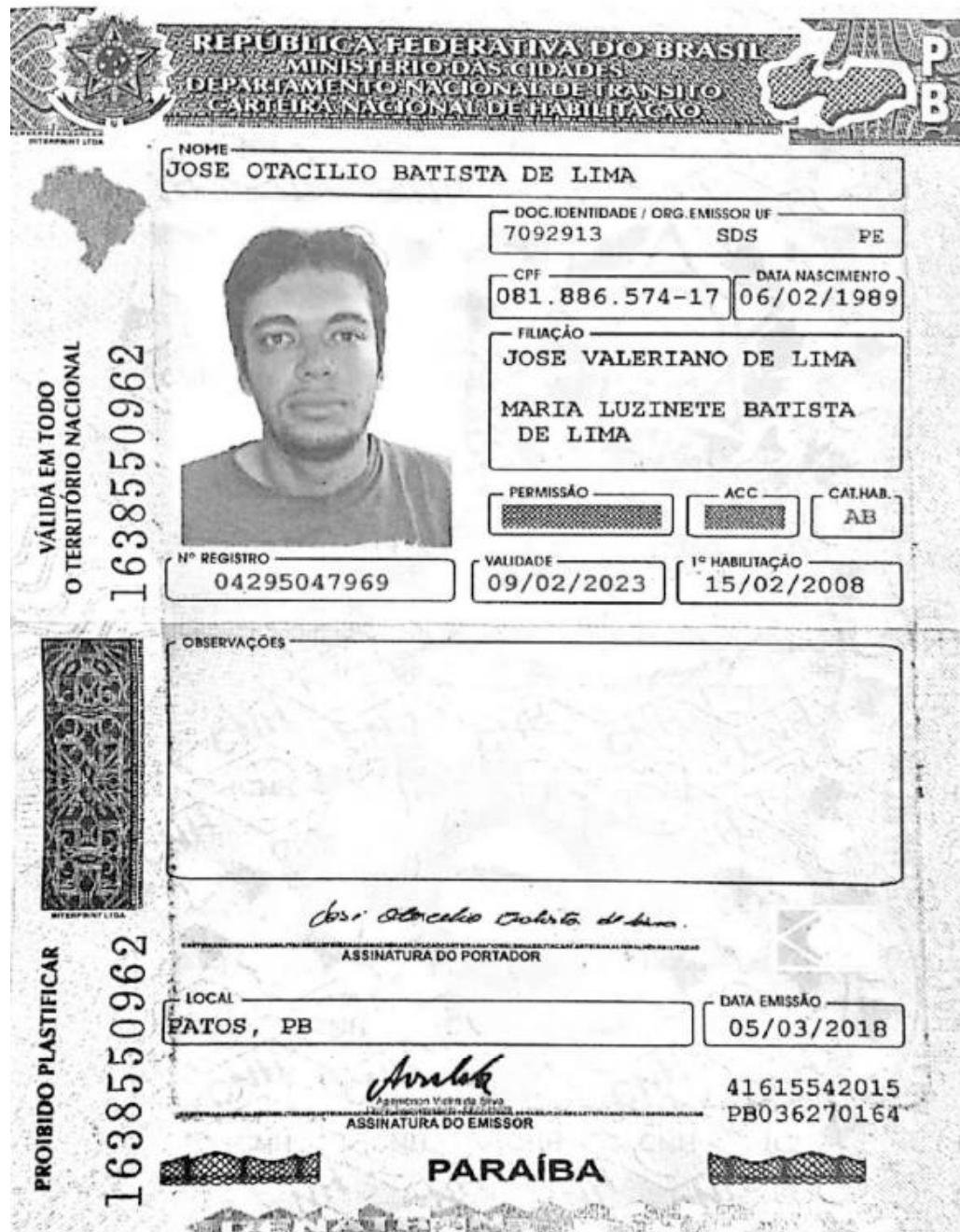
**Nascimento
23/02/1991**

14 AGO. 2016



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 34



14 AGO. 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 35

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190479300 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR

Descrição do exame AO EXAME NEUROLÓGICO: NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES

físico: AO EXAME DA COLUNA LOMBAR: FAZ USO DE COLETE PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM COLUNA LOMBAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: HERDIANE FERNANDE DO CARMO, CPF 098.926.874-859, RG RSSO 159, Órgão emissor SIS-FE, Est. Civil casado, profissão funcionária, Endereço Rua Mat. Cláudia 1655, Andar 2º, bairro Centro, cidade de BRASILINHO, - PE, CEP nº 56740-000

OUTORGADO: JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.866.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto,41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB, CEP 58707-180 contato (83)9 9131-7273/9 9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fim e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

VÍTIMA: LEIDIANE Penitente do Carmo
CPF: 098.926.874-85, data acidente 30/04/2019,
cobertura solicitada: Invalidade Permanente / DAMS / Morte

Local e data: Centro Tênisinha - PE 02/08/2019

Plácidos Ferreira do campo
OUTORGANTE

SEVENTIA RECEITAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA	
MUNICÍPIO NOVO HAMBURGO	
FONE: (051) 3355-1305	
RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE DA FICHA DE LESTÔNIA FERRERIA DO CAMPO, O DESEJO, E VERDADE E DOZ DE SANTA TEREZINHA/PE, 27/06/2019. ENCANTOS: R\$ 3,20 TOMAR R\$ 0,80 FERIA R\$ 0,64 FOGOZ R\$ 0,16 XERÉ R\$ 0,40 TCS R\$ 0,60 TOTAL R\$ 10,40. D-000007-00007261005-000055	
Consultar automaticamente no site: www.tjrs.jus.br	

14 AGO 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278699/19

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

CPF: 098.926.874-85

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 20/04/2019

Titular do CPF: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

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

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO : 098.926.874-85

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: 14/08/2019
Nome: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO
CPF: 098.926.874-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

MANOEL COELHO NETO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074>
Número do documento: 20070714432986000000063102074

Num. 64289476 - Pág. 38