



Número: **0019654-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOSE MARQUES DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65141842	23/07/2020 11:27	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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 (Região Metropolitana) ou 0800-022-12-04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800-022-81-85. 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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190389535
Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA
Data do Acidente: 24/02/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pág. 01007/011008 - carta_03 - INVALIDEZ

00000004



Carta nº 34679234





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradossalider.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 88. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

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, contatos 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

Pág. 60/60 03/200 - carta_01 - INVALIDEZ

00020100

Carta nº 14400000





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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 (Região Metropolitana) ou 0800-022-1204 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800-022-8185. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800-022-1206. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190389535
Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA
Data do Acidente: 24/02/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pág. 0000000419 - data_03 - INVALIDEZ

65141842



Carta nº 65141842





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 88. 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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000043660-7

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, retorne 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradossalider.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 0800-022-81-85. 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, 02 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190389535 Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2019 Cobertura: INVALEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perita em 02/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pág. 00240/00250 - data_30 - INVALIDEZ

00000126



Carta nº 13874299





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão (tipo) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

CPF do segurado ou AD:

(CPF do segurado)

71846791480

Nome completo de vítima:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

Profissão:

RECINT

Idoso:

SIM

Nome do responsável:

JOSE DE MOURA

Endereço:

ÁREA RURAL

Cidade:

SANTA CECÍLIA

Estado:

PB

CPF: 71846791480

Nome:

SIM

Idoso:

USO

CEP: 58463-000

Tel. (DDD) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR



ATÉ R\$1.000,00



R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00



R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00



R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00



ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPEIRAS (para depósito de poupança, aplicação financeira)

☐ Bradesco (239)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (para a conta)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1295

CONTA:

43660

7

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resgate do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente para a finalidade a ser informada, a validade total da presente declaração.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização.

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Pela presente declaração, solicito o reconhecimento do meu direito de indenização do Seguro DPVAT, por motivo de ausência de laudo do IML, e autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada o valor da indenização, reconhecendo e dando, desde já e somente para a finalidade a ser informada, a validade total da presente declaração.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tenha filhos, informar quantos:

Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós e tios?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá, caso decidida a indenização do Seguro DPVAT por morte, solicitar aos beneficiários que se apresentem a apresentar esta declaração, assinada por todos, e em caso de qualquer uma das situações acima mencionadas, a obrigação de apresentar a declaração, sob pena de responsabilização criminal por crime de falsidade ideológica, nos termos do artigo 293 do Código Penal.

Local e Data: SANTA CECÍLIA - PB 18/06/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura do segurado ou AD

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X Maria Jari Marques da Silva

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Produtor (se houver)

TESTEMUNHAS

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão (tipo) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALEZ PERMANENTE



MORTE

CPF do segurado ou AD:

(CPF do segurado)

71846791480

Nome completo de vítima:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

Profissão:

RECIFE

Idoso:

SIM

JOSE DE MOURA

CPF: 71846791480

Nome:

SIN

Declarante:

ASA

Endereço:

ÁREA RURAL

Cidade:

SANTA CECILIA

Estado:

PB

CPF:

58463000

E-mail:

19196650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPEIRAS (para depósito de poupança, aplicação financeira)

☐ Bradesco (239)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (para a corrente)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1295

CONTA:

43660

7

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resgate do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente para a finalidade a ser informada, a validade total da presente declaração.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização.

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Pela presente declaração, solicito o reconhecimento do meu direito de indenização do Seguro DPVAT, por motivo de ausência de laudo do IML para o fim de requerimento de indenização, reconhecendo e dando, desde já e somente para a finalidade a ser informada, a validade total da presente declaração.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

Gravidez da vítima:

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

Se vítima tiver filhos, informar quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Quantos:

Declaro, sob as penas da lei, que sou o único beneficiário do Seguro DPVAT por morte da vítima, reconhecendo e dando, desde já e somente para a finalidade a ser informada, a validade total da presente declaração.

Local e Data: SANTA CECILIA/PB 18/06/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura do segurado ou AD

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X Maria Jari Marques da Silva

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Produtor (se houver)

TESTEMUNHAS

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO
LÉRIO - OFI35ªCIRC DINTERINSªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0216000077

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/05/2019 às
09:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)
que aconteceu no dia 26/2/2019 às 21:00

Localização do evento: MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1,
ESTRADA SENTIDO SANTA CECÍLIA-VERTENTE DO LÉRIO - Bairro
CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL - Tipo de
Evento: FÁBRICA DA MEGA O
Ocorrência: VIA PÚBLICA

Pessoas envolvidas na ocorrência:

BRUNO SOARES DE ASSIS (AUTISTA-AGENTE)
LUCIANA MARQUES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: veículo de passeio de cor/branco, com placas em cor/branco
Bairro: BARRIO SANTA CECÍLIA



Qualificação das pessoas envolvidas:

LUCIANA MARQUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe MARIA
JOSE MARQUES DA SILVA - LOURIVAL PATRÍCIO DA SILVA (pai de Maria)
28.03.1984 Nascimento - RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL - Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Estatutário: 1º, GRAU INCOMPLETO - Profissional: ESTUDANTE - Endereço: Rua
933327432
Endereço: Rua: BARRIO, MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO
DO GALO - CEP: 5 - 24000-000 - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL,
PERTO DO BAR DE LEURO

BRUNO SOARES DE ASSIS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe RENATA
SOARES DE SALES ASSIS - GILBERTO PESSOA DE ASSIS (pai de Bruno)
11.12.1991 Nascimento - SUZANO - PERNAMBUCO - BRASIL - Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Estatutário: 1º, GRAU INCOMPLETO - Profissional: ESTUDANTE - Endereço: Rua
933746352

Endereço: Rua: BARRIO, MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 1, SÍTIO CAPOEIRA, GANCHO
DO GALO - CEP: 5 - 24000-000 - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL,

28/05/2019 09:43



Indivíduo(s) envolvido(s)

MOVICICLISTA HONDA NXR 150 BRUNO SOARES DE ASSIS (VEICULO) 24
BRUNO SOARES DE ASSIS (AUTOR) 241235821 (AGENTE)
CORTE SAGRADO DA
PRETA: QUANTO (UNIDADE NÃO INFORMADA)

BRUNO SOARES DE ASSIS (VEICULO) 241235821 (AGENTE)
CORTE SAGRADO DA
ALDO BATOL



Complementos / Observação

LUCIANA MARQUES DA SILVA, ACOMPANHADA DO SEU COMPANHEIRO, BRUNO SOARES DA SILVA, INFORMANDO QUE, NO DIA 24 DE FEVEREIRO DESTE ANO DE 2019, ENQUANTO ESTAVA NA GARAGEM DA MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BRUNO SOARES, PLACA NXR 150, QUE ERA CONDUZIDA POR BRUNO, PELA ESTRADA SANTI SANTO CECILIA VERDE DO LENO, PROXIMO A FABRICA DA NEDA O, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS POR OUTRA MOTOCICLETA, NÃO IDENTIFICADA, QUE INVADIU A CONTRAMÃO, INSTANTE EM QUE BRUNO TENTOU LIVRAR A COLISÃO, MAS A OUTRA MOTOCICLETA MESMO ASSIM COLIDIU COM A DE BRUNO, OCASIONANDO AS LESÕES EM LUCIANA, DESCRITAS NA DECLARAÇÃO E FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO LUIZ APAM, DUAUSIM, ONTEM A ESTE NO. DIANTE DISTO, OS DOIS VIERAM INFORMAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT JUNTO AO ÓRGÃO RESPONSÁVEL.

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

Luciana Marques da Silva
LUCIANA MARQUES DA SILVA
(VITIMA)
Bruno Soares de Assis
BRUNO SOARES DE ASSIS
(AUTOR / AGENTE)

S.O. 241235821: JOSE CARLOS DE MOURA JUNIOR - Matrícula 2876278



2876278/19/06/19





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão (tipo) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

CPF do segurado ou AD:

(CPF do segurado)

71846791480

Nome completo de vítima:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

LUCIANA MARQUES DA SILVA

Profissão:

RECIFE

Idoso:

SIM

Nome do responsável:

JOSE DE MOURA

Endereço:

ÁREA RURAL

Cidade:

SANTA CECÍLIA

Estado:

PB

CPF: 71846791480

Nome:

SIN

CPF: 71846791480

Nome:

CEA

E-mail:

CPF: 58463000

Nome:

CEA

Telefone: 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00

☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$2.000,00

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPEIRAS (para depósito de poupança, aplicação financeira)

☐ Bradesco (239)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (para a corrente)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1295

CONTA:

43660

7

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resolução do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente para a finalidade a ser informada, a validade total da presente declaração.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização.

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de prazo.

Pela presente declaração, solicito o reconhecimento do meu direito de indenização do Seguro DPVAT, por motivo de ausência de laudo do IML para o fim de requerimento de indenização, reconhecendo e dando, desde já e somente para a finalidade a ser informada, a validade total da presente declaração.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima estiver com a vítima, informar quantos filhos: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima estiver com a vítima, informar quantos filhos: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima estiver com a vítima, informar quantos filhos: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima estiver com a vítima, informar quantos filhos: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima estiver com a vítima, informar quantos filhos: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima estiver com a vítima, informar quantos filhos: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima estiver com a vítima, informar quantos filhos: ☐ Sim ☐ Não

Local e Data: SANTA CECÍLIA - PB 18/06/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Produtor (se houver)



M^{te} Aparecida Albuquerque de Oliveira
Tubarão

UNSUBS ID

COMARCA DE UFRUZETIRO

municiípio de SANTA CRUZÍLIA

INSTITUTO DE SANTA CECÍLIA

MARIA APARECIDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Cnosst Privativa do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 3554

CERTIFICO que, de fls. 139 do Livro nº A-4, de Registro de Nascimentos, foi lavrado, hoje o assento de LUCIANA MARQUES DA SILVA.

天、地、人、物、我、心

nasceu a vinte e oito (28) de Agosto (08) de dois mil e quatro (2004) às 00 horas e 08 minutos, em IMIP - Recife - Pernambuco.

Х.Х.Х.Х.Х.Х	до 1000	феминно
-------------	---------	---------

8 Lourival Patrício da Silva - Agricultor

central de Pernambuco

de Deus Maria José Marques da Silva - Agricultora

Fernando

其、其、其、其、其、其、其

三、四、五、六、七、八、九

Sendo aida patrona João Patrício da Silva

Luiza Otília da Conceição

o grão materno Helene Marques de Oliveira

Nome Luiz Maria da Conceição

Expenditure	0	Genitor.
-------------	---	----------

Apresentou Declaração Hospitalar.

第 6 章 数据库系统

Observações: Feito de acordo com a lei em vigor.

QUANTO AO REGISTRO CIVIL

E TABELLONMÄTTO

SPARKS, ALBUQUERQUE AND OLIVER

OFFICIAL

© 1997 BY THE BOARD OF DIRECTORS

Oferenda é verdade e dou M.
Sante Cecilia

14 de Outubro de 2004.

Mr. Francisco Albuquerque de Oliveira

M^{te} Aperecida Albuquerque de Oliveira
TAVOLA



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM
Rua Maria Delfino 5/Nº. Centro, Surubim - PE
Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461
CNPJ 11.754.025/0001-05
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que LUCIANA MARQUES DA SILVA, deu entrada neste serviço no dia 24/02/2019, após acidente, feito atendimento em seguida transferida para o Hospital Regional do Agreste, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 20 de maio de 2019.

Adriana Olívia Cabral
Adriana Olívia Cabral
Enfermeira Preceptora



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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000043660-7

Nr. da Autenticação 7572BFB9E45A2DB4



[illegible]

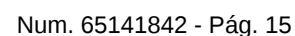
DEPARTAMENTO DE INSTRUÇÃO
DINAM
CONTROLE NACIONAL
13 JUN 2019
Gere Seguros S/A
Av. Das Pátes, 119 32.104-000 Itaquai

	Unidade de Saúde	Aperfeiçoado	Unidade de Saúde (U)
2010	10,0		
2011	10,0		
2012	10,0		
2013	10,0		
2014	10,0		
2015	10,0		
2016	10,0		
2017	10,0		
2018	10,0		
2019	10,0		
2020	10,0		
2021	10,0		
2022	10,0		
2023	10,0		
2024	10,0		
2025	10,0		
2026	10,0		
2027	10,0		
2028	10,0		
2029	10,0		
2030	10,0		
2031	10,0		
2032	10,0		
2033	10,0		
2034	10,0		
2035	10,0		
2036	10,0		
2037	10,0		
2038	10,0		
2039	10,0		
2040	10,0		
2041	10,0		
2042	10,0		
2043	10,0		
2044	10,0		
2045	10,0		
2046	10,0		
2047	10,0		
2048	10,0		
2049	10,0		
2050	10,0		
2051	10,0		
2052	10,0		
2053	10,0		
2054	10,0		
2055	10,0		
2056	10,0		
2057	10,0		
2058	10,0		
2059	10,0		
2060	10,0		
2061	10,0		
2062	10,0		
2063	10,0		
2064	10,0		
2065	10,0		
2066	10,0		
2067	10,0		
2068	10,0		
2069	10,0		
2070	10,0		
2071	10,0		
2072	10,0		
2073	10,0		
2074	10,0		
2075	10,0		
2076	10,0		
2077	10,0		
2078	10,0		
2079	10,0		
2080	10,0		
2081	10,0		
2082	10,0		
2083	10,0		
2084	10,0		
2085	10,0		
2086	10,0		
2087	10,0		
2088	10,0		
2089	10,0		
2090	10,0		
2091	10,0		
2092	10,0		
2093	10,0		
2094	10,0		
2095	10,0		
2096	10,0		
2097	10,0		
2098	10,0		
2099	10,0		
2100	10,0		
2101	10,0		
2102	10,0		
2103	10,0		
2104	10,0		
2105	10,0		
2106	10,0		
2107	10,0		
2108	10,0		
2109	10,0		
2110	10,0		
2111	10,0		
2112	10,0		
2113	10,0		
2114	10,0		
2115	10,0		
2116	10,0		
2117	10,0		
2118	1		

ATENÇÃO

Study funded by the National Institutes of Health, National Cancer Institute, contract N01-CN-25465.

Published online 24 June 2006



NO seguinte que tem

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERREIRAS

CPF 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDUO
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL

054375307

APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE

04/08/2019

2011188088

04/08/2019

1119662019

04/07/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

46,40

Consumo Água (MM)

Acrescim: Bandeira AMARELA

Contrib. Imp. Pública Municipal

ICMS Subst. enfto. CDE-UF 052958018-08/03/19

ICMS Subst. enfto. CDE-UF 056744285-04/04/19

ENDEREÇO DA UNIDADE COMERCIAL

RUA JOAO BATISTA 376

C. VTR C/SLURFIM

55750-000

CODIGO EQUIPAMENTO

7005748888

06/2019

DATA DE EMISSÃO

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

1672,0000000

0,74183679

120,18

1,87

22,30

0,83

1,11



12899716





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 0400 279206.
Este formulário está disponível em português e inglês 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29434>

A Circular "SUSEP" 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 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 COAF**.

* Seguradora Líder Seguros Privados - SLLP é órgão responsável pelo controle e fiscalização dos indicadores de sinistros, produtividade, qualidade, capitalização e seguros.

* Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, controlar e punir atividades ilícitas, prevenir e operar a recuperação das atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERREIRA inscrito (a) no CPF 574940534, GP na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LUCIANA MARQUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 718467914 RD do sinistro de DPVAT cobertura INVULSÃO da Vítima LUCIANA MARQUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 718467914 RD, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos DPVAT comprobatórios:
CURSO MOVIMENTO

☒ Recusa informar

13 JUN 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, reside 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		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CPF
CENTRO	SURUBIM	PE	55750000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	
angquidpp4@xinc.com.br		(81) 81935022	
		Telefone celular (DDD)	
		(81) 96650454	

SURUBIM, 18 de Junho de 2019

Local e Data

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinatura do Declarante

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:27:33

HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 119/31068 Data: 24/02/2019 21:40
 Convênio: SUS Matrícula:
 Médico: HENNAN SANTOS CARVALHO

Recep: WILSON
 Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
 Cartão SUS: 898003259622235

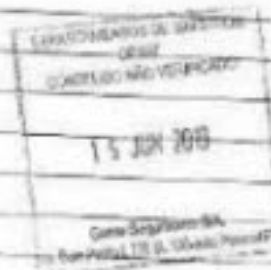
Registro: 989093
 Paciente: LUCIANA MARQUES DA SILVA
 Nascimento: 28/08/2004 - Idade: 14 anos
 Endereço: SITIO SAMABAIA DE BAIXO
 Bairro: ZONA RURAL
 IBGE/Cidade: SANTA CECILIA
 Pai: LOURIVAL BATISTA DA SILVA
 Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA
 Est. Civil: Solteira(a)

Prontuário: 989093
 Cor: Branca
 Sexo: Feminino
 C.P.F.:
 Cep: 58428-000 Identidade: /
 UF: PB Telefone:
 G. Instrução:
 Ocupação: ESTUDANTE
 Naturalidade: RECIFE

OBS: CORREDOR

Anamnese e Exame Sumário: *Febre alta de 3 dias, com calores, tosse, dor de garganta, dor de cabeça, mal-estar, febre 38,5°C, 3 dias de duração.*

Exames Complementares:



Hip Diagnóstica / Cid: *Tubo*

Prescrição/Tratamento: *Cef - 1000mg
 12h - 1/1/12*

Reavaliação:

Materiais Usados:

Assinatura e Carimbo do Médico



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE SURUBIM
 Entidade Filantrópica Nucleadora do HOSPITAL SÃO LUÍZ E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO BOM DESPACHO
 INTEGRANTE DA II REGIONAL DE SAÚDE

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Instituição de origem:		Município:		Região de Saúde:	
Nome do Paciente: <i>Verônica Maria da Silva</i>					
Quarta Classe: <i>Paciente com lesão medular, em paralisia de membros inferiores, com E, após</i> <i>para fase de reabilitação</i>					
Diagnóstico: <i>Fraqueza de membros</i>					
1ª REMISSÃO	Destino: <i>Unidade de Apoio</i>	Município:	II de Saúde:	II de Carga:	
	Motivo (Registro Detalhado): <i>Problema de saúde</i>	<i>Corumbá</i>			
	Lib. 5624423				
Assinatura do Responsável: <i>Henrique da Silva</i>		Nº de C.R.M.	Data: <i>24/02/19</i>		
2ª REMISSÃO	Destino:	Município:	II de Saúde:	II de Carga:	
	Motivo (Registro Detalhado):	DOCUMENTO DE SAÚDE COMPROVADO NÃO VERIFICADO 19 JUN 2019			
	Assinatura do Responsável:	Nº de C.R.M.	Data:		
3ª REMISSÃO	Destino:	Município:	II de Saúde:	II de Carga:	
	Motivo (Registro Detalhado):				
	Assinatura do Responsável:	Nº de C.R.M.	Data:		
4ª REMISSÃO	Destino:	Município:	II de Saúde:	II de Carga:	
	Motivo (Registro Detalhado):				
	Assinatura do Responsável:	Nº de C.R.M.	Data:		
Unidade Prestadora de Atendimento:		Município:			
Especificação de Atendimento Prestado:					





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEIRO FERREIRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

HRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **Sr(a) Luciana Marques da Silva**, Esteve interno nesta unidade de saúde no dia **25/02/2019** e foi transferida para outra unidade de saúde em **28/02/2019** com Registro Hospitalar : **334328**.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Atenciosamente;



Caruaru, 30 de Maio 2019

109.794.975/0269-27
PUSAM - Hospital Regional do Agreste
Rua 279 Km 1,9
Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)





NOME: Lucas Vazquez de

LAUDO MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPM COMISSÃO NÃO VERIFICADA
19 JUN 2019
Genes Seguros S/A Av. Das Índias 1710 - Vila das Índias

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura de fêmur CID-10: S32, foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 13/06/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerra, 12, 19





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente LUCIANA MARQUES DA SILVA	6 - Número de Prontuário 124081			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 702108742808293	8 - Data Nascimento 28/08/2004	9 - Sexo FEMININO [3]	10 - Rega/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe MARIA JOSE MARQUES DA SILVA	12 - Telefone de Contato 81.82748368			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SÍTIO CAPOEIRAS, 0 - ZONA RURAL				
16 - Município de residência VERTENTE DO LERIO	17 - Cod. IBGE municipal 2616183	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
fratura ossos perna e, após 15 dias Duro

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
RX

23 - Diagnóstico inicial FRATURA OSSOS PERNA E	24 - CID 10 Principal 582.2	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas 04.22.35.55.0
---	--------------------------------	------------------	--

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
Sectomia

28 - Clínica <i>ort</i>	29 - Causa da Internação <i>trauma</i>	30 - Documento () CNS () CPF	31 - Nº. Doc. (CNS/CPF) da Profissional solicitante
----------------------------	---	-----------------------------------	---

32 - Nome do Profissional Solicitante <i>Iron Alves</i>	33 - Data da solicitação 28/02/19	34 - Assinatura e carimbo (nº. do registro do conselho)
--	--------------------------------------	---

35 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - CNPJ da Seguradora	40 - Nº. do Bônus	41 - Nº. do Bônus
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CNA da Empresa
38 - () Acidente de Trabalho atípico			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor
48 - Documento () CNS () CPF	49 - R. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL
261910545256-8

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Dr. Mauricio Cabral da Silva
CRM nº 23.402
Médico Autorizador



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-05
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 534590 Data: 28/02/2019 Hora: 10:19
Convênio: SES - ORTOPEdia
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Respc.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 702108742898293
Identidade:
Cartão SUS: 702108742898293

Paciente: 124081 LUCIANA MARQUES DA SILVA
Nascimento: 28/08/2004 - 14 Anos e 5 Meses
Endereço: SÍTIO CAPOEIRAS,
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: 2616183 VERTENTE DO LERIO
UF: PE
Pai: LOURIVAL PATRICIO DA SILVA
Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.:
Identidade:
Telefone: 81.82748388
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: RECIFE

Obs.: SENHA CRT: 544631

Queixa do Paciente:

Doi na perna

fratura osso fêmur E, aberto
fratura

Exame Físico:

Fratura osso fêmur E, disposto

Tratamento:

Assinatura, 28 de fevereiro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-05

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 534590 Data: 28/02/2019 Hora: 10:19
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recep.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 70210874288293
Identidade:
Cartão SUS: 70210874288293

Paciente: 124081 LUCIANA MARQUES DA SILVA
Nascimento: 25/08/2004 - 14 Anos e 6 Meses
Endereço: SÍTIO CAPOEIRAS,
Bairro: ZONA RURAL CEP:
IBGE/Cidade: 2516183 VERTENTE DO LERIO UF: PE
Pai: LOURIVAL PATRICIO DA SILVA
Mãe: MARIA JOSE MARQUES DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.:
Identidade:
Telefone: 81.52746306
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: RECIFE

Recepcionista: _____

Alta: () Curado (X) Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 04/03/2019

Médico: _____

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

Assinatura / CRM

Observação**Transferência Hospitalar**

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Óbito

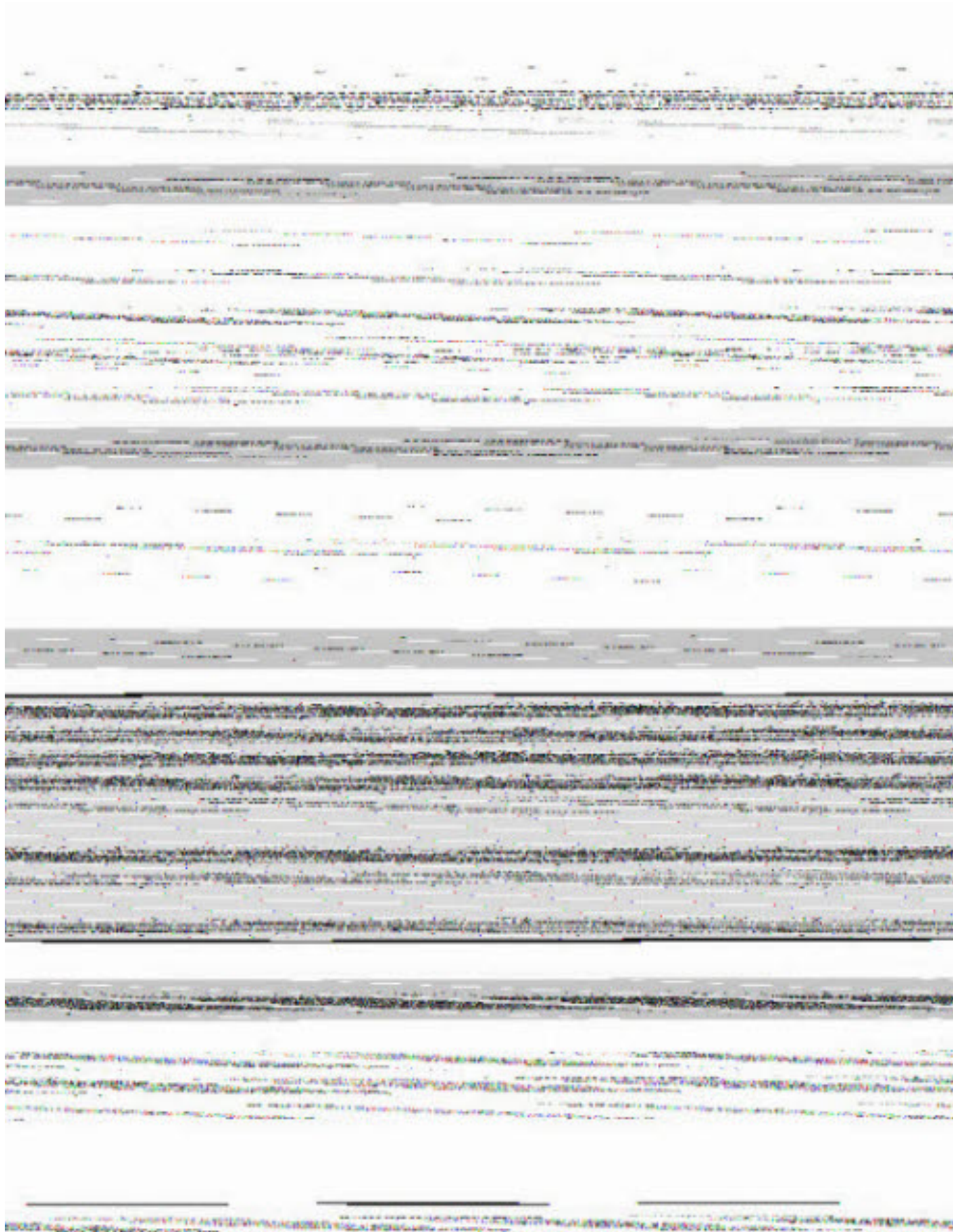
Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Contratado Com Documento
Original Recém PE
Hospício Jesus Pequeno







Hospital Regional
JESUS PEQUENO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE LUCIANA MARQUES DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA		NUMERO DO REGISTRO 124081
CIRURGIÃO FELIPE GUEDES		
ANESTESIA RAQUIDIANA		ANESTESISTA DRA. LUCIA
DATA DA OPERAÇÃO 28/02/2019		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + FLICTENA EM PERNA DIREITA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + FLICTENA EM PERNA DIREITA		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + DEBRIDAMENTO DE FLICTENA EM PERNA DIREITA		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. INCISÃO NA FACE LATERAL DA PERNA 4. DEBRIDAMENTO EM PERNA 5. DIVULSÃO POR PLANOS 6. REDUÇÃO DA FRATURA 7. LAVAGEM COM SF00.9% 8. SUTURA POR PLANO 9. CURATIVO		

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025



FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 28 / 02 / 19

NB

Anestesia: _____

Nome: Luciana Marques da Silva Nº do Registro: 134086 Nº. na Clínica: _____

Clinica: _____ Quarto: _____ Leito: _____ Idade: _____ Sexo: F Cor: _____

Operador: Dr. Felipe Assist.: _____ Anestesiata: Dr. Luciana

Diag. Preop.: _____ Diag. Posop.: _____

Op. Proposta: Front. Obstr. de Rino. Op. Realizada: _____

Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES	NO2														
	O2														
VITAL	PR														
	V														
	PULSO														
	ANES														
OP	O														
	TEMP														
	ABRIL														
	RESP														
SÍMBOLOS	Exatidão														
	Assim														
	Contro														

AGENTES	DOSE	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A			
B	① Dexamet. 5mg	Exatidão	
C	② Lidoc. 10mg	med. simples 13/14	
D	③ Dexamet. 2mg	Ag. Endote. 50x25	
E	④ Ceftriaxona 2g		
F			
G			
LÍQUIDOS			
500,9% - 1000%			
		CÂMERA - NASOGORO FÁRINGEA	
		NASOGORO FÁRINGEA - ORLA	
		BL - TAMP - CALIBRE DO TUBO	
		BOB - AMBICA	
		DIFFICULDADE TÉCNICA	
		Tempo de Anestesia	
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:			
		CIRURGIÃO:	
		PERDA SANGÜÍNEA:	





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

CATEGORIA: _____

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS -

Paciente: Luciane Marques de Silva Registro Nº 124083
 Apt: _____ Enfermista: _____ Data: 28/02/19
 Cirurgia: Exat de Ossos de perna Cirurgião: D. Felipe
 Anestesia: Rargue Anestesista: E. Lúcio
 Início: _____ Término: _____

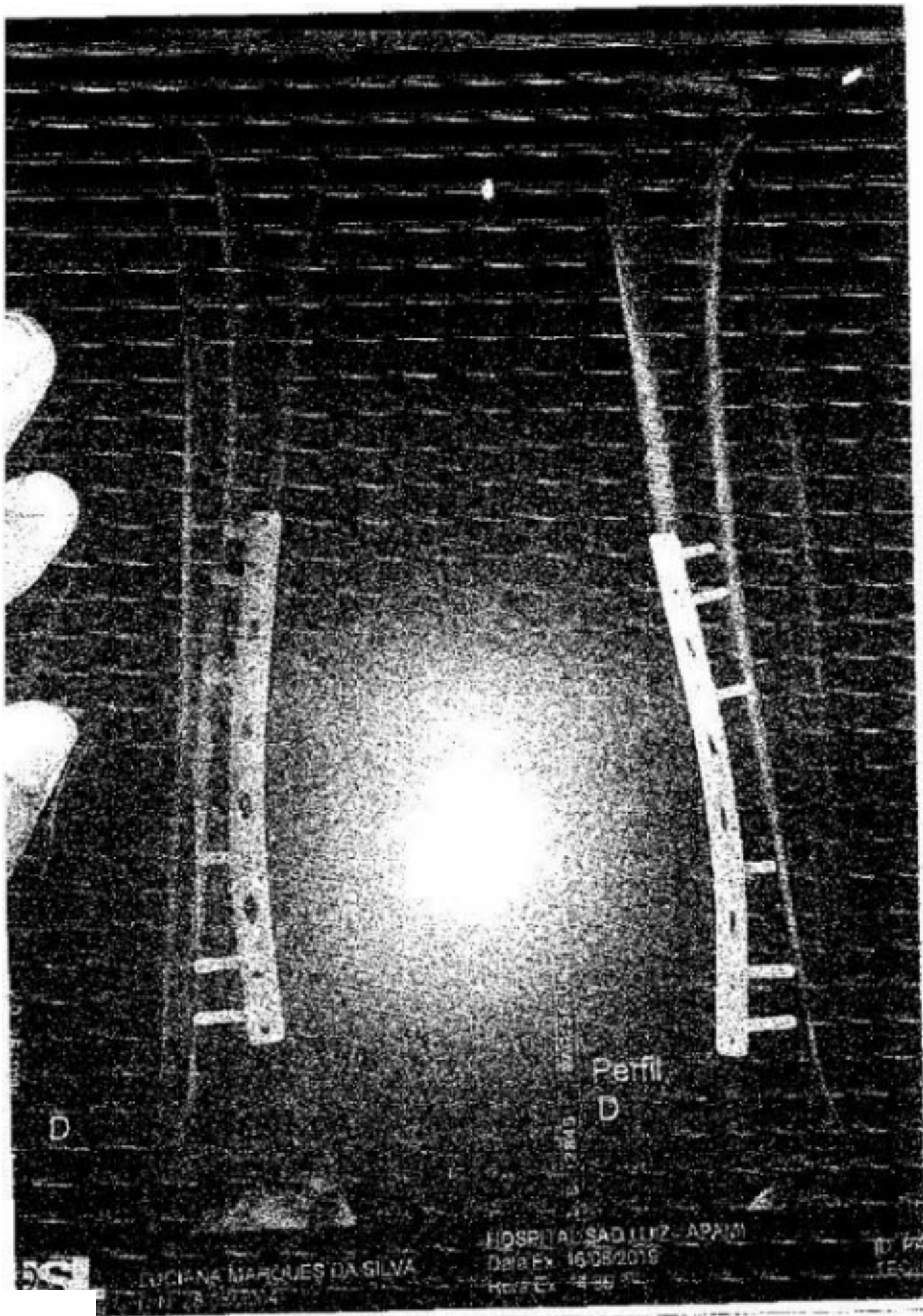
Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	01 amp			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemacetina			
Cedilanide				Quelcin			
Decadron	01 amp			Rifocina 150			
Domonid	01 amp			Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanyl				Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	01 amp		
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemacel				Xylocaina Spray			
Inoval				Nausechon	01 amp		
Keflin 1 g	0.2 amp			Tempzicon	01		
Ketalar				eletracel	0.5 unid		
Lasix				Dumex 0.5	0.1 amp		
Methergin							
Marcalina Pesada	01 amp						
Marcalina s/a							
Marcalina c/a							

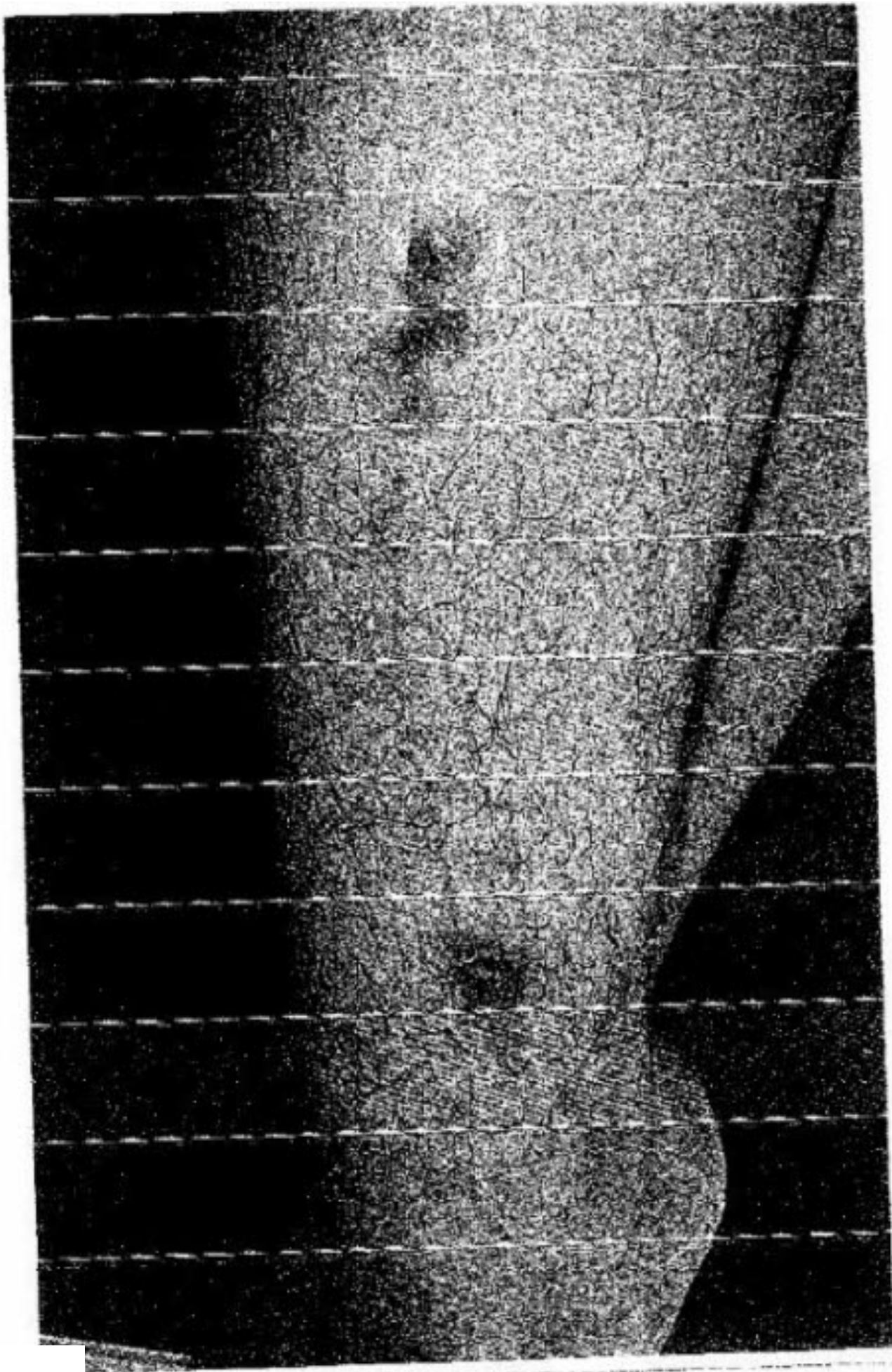
Conferido Com Documento
Original Emitido em
Hospital Jesus Pequeninino



Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Aguilha Desc. 25x7	03	unid		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gingival 0.12x20	01	unid					
Aguilha Raque N: 25	01	unid		FIOS			
Aguilha Sutura							
Algodão Hidrófilo	02	pac		CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe 15c+	02	unid		CatGut Crom c/a	0	01 unid	
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Ago			
Comp. Cirúrgica 1105	02	pac		Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Mononylon 2.0x12	03	unid	
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparadrapo	rx			Polycot			
Esparadrapo Anti-álérgico				Seda			
Esparadrapo Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	05	pac		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoam				Água Oxigenada	100	ml	
H. Kuntscher				Álcool Simples 70%	100	ml	
Intracath	2			Álcool Iodado			
Luva Descartável 7.0x25	04	pac		Éter			
Luva Comum m	04			Formol			
Lâmina Bisturi N: 21	02	unid		Germopol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				cloroquina 200			
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO			
Par. Sherman				oxímetro de pulso	rx		
Pino Steiman				Das _____ às _____			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc	01	unid					
Seringa 05 cc	01			Das _____ às _____			
Seringa 10 cc	02						
Seringa 20 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador	rx		
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico	rx		
Sonda Estom n°				Desfibrilador			
Sonda Levine n°				Monitor	rx		
Sonda Uretral n°				rouca	04	unid	
Sonda Foley n°				marcador	04		
Sonda 3v n°				pressão	08	pac	
Sonda p/ O:	01	unid		marcador	03	unid	







M^{te} Aparecida Albuquerque de Oliveira
Tubarão

UNFOLDED

COMARCA DE URBUSZELHO

SANTA CRÓSTIA

DISTRITO DE SANTA CECILIA

MARIA APARECIDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Cnosst Privativa do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 3554

CERTIFICO que, de fls. 139 do Livro nº A-4, de Registro de Nascimentos, foi lavrado, hoje o assento de LUCIANA MARQUES DA SILVA.

天、地、人、物、我、心

nasceu a vinte e oito (28) de Agosto (08) de dois mil e quatro (2004) às 00 horas e 08 minutos, em IMIP - Recife - Pernambuco.

F.X.X.X.X.X.X. do sexo feminino
 00 00 Lourival Patrício da Silva - Agricultor

Permanubuo

Nome: Maria José Marques da Silva - Agricultora

central de Pernambuco

其、其、其、其、其、其、其

三、四、五、六、七、八、九

sendo avós paternos: João Patrício da Silveira

Luiza Célia da Conceição

2 avós maternos Helena Marques de Oliveira

Nome Luzia Marie da Conceição

Ex de hante 0 Genitor.

Apresentou Declaração Hospitalar.

2000 年 12 月 31 日

Observações: Feito de acordo com a lei em vigor.

QUANTO AO REGISTRO CIVIL

E TABELLONMÄTTO

SPARKS, ALABAMA

OFFICIAL

© 1997 BY THE BOARD OF DIRECTORS

Oferenda é verdade e dou M.
Sante Cecilia

14 de Outubro de 2004.

Mr. Francisco Albuquerque de Oliveira

M^{te} Aperecida Albuquerque de Oliveira
TAVOLA



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CFE



Número
718.467.914-80

Nome
LUCIANA MARQUES DA SILVA

Nascimento
28/08/2004

CÓDIGO DE CONTROLE
0ARA.0096.4AAA.5A4C



Emissão pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:46:15 de dia 19/05/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:27:33
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311273344200000063923919>
 Número do documento: 20072311273344200000063923919

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209269/19

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF: 718.467.914-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: LUCIANA MARQUES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA JOSE MARQUES DA SILVA : 764.979.094-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUCIANA MARQUES DA SILVA : 718.467.914-80

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.dpvatseguros.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 original, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela 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.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Centros de Seguro DPVAT

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 19/06/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

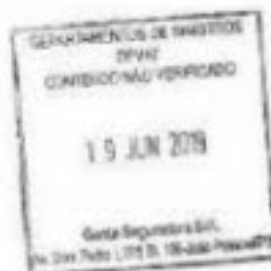
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO



PLACA	NMG8357
RENAVAM	00242935001
PROPRIETÁRIO	ADALTO DA C BARBOSA JUNIOR
ANO DO LICENCIAMENTO	2015
CATEGORIA	PARTICULAR
COR	PRETA
ROUBO / FURTO	NAO
TIPO	MOTOCICLETA
COMBUSTÍVEL	ALCO/GASOL
ESPÉCIE	PASSAGEIRO
RESTRIÇÃO DE VENDA	AF /BCO BRADESCO FINANCIAMENTO S.A
LACRE / UF	0 / None
ANO DE FABRICAÇÃO	2010
NÚMERO AR	JQ885210675BR (CONSULTAR RASTREIO NOS CORREIOS)



SANTA CECILIA (PB), 01 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: LUCIANA MARQUES DA SILVA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190389535

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do acidente de trânsito que minha filha sofreu, fato ocorrido em 24/02/2019, se encontrava apenas como GARUPA na motocicleta HONDA NXR 150 BROS, de placa NMG 8357, que não é de sua propriedade, e que não conhecemos o proprietário. Ela foi apenas vítima de um acidente que a deixou com seqüelas e que não temos responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Maria José Marques da Silva
MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA
GENITORA/REPRESENTANTE LEGAL



A SEGURADORA LÍDER

VÍTIMA: LUCIANA MARQUES DA SILVA(15 anos)

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190389535

Solicito de V.Sª, que eu o meu processo seja REANALISADO, uma vez que fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 24/02/2019, conforme BO/PC/PE nº 19E0216000123, na ocasião sofri **LESÕES GRAVES EM MINHA PERNA DIREITA, ONDE FUI SUBMETIDO A CIRURGIA**, fiz todo tratamento, porém, me encontro com seqüelas, impossibilitado de trabalhar, no entanto, foi liberado para mim uma importância inferior ao que tenho Direito de receber. Não fui submetido a PERICIA para avaliar minha seqüela. Em contato com o atendimento da LIDER, fui orientado a fazer uma carta solicitando o pagamento do restante a que tenho Direito, portanto, solicito de V.Sª, que seja designado uma PERICIA COM MÉDICO INDICADO PELA LÍDER para que eu seja avaliada realmente e receba o valor que tenho direito.

Surubim(PE), 09 de janeiro de 2020.


MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA, representante legal
da vítima LUCIANA MARQUES DA SILVA(15 anos)





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais informações consulte o site www.seguros lider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:
Central de Atendimento (para todas as seguras e indenizações): Capital e Seguros Metropolitanos: 0800-5795 / Duas Seguros: 0800-322 32 00 / Ita Unibanco
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800-322 8335 | SAC para deficientes auditivos e de fala: 0800-077 17 00
Central de Denúncias: 0800-591 2569 | Ouvidoria: 0800-621 91 95

Número do pedido DPVAT: **3190389535** Data da solicitação: **01/04/2020**
Nome da beneficiária: **LUCIANA MARQUES DA SILVA** CPF do beneficiário:
Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **81 9665-0454** Tel. Comercial: Tel. Residencial:
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

DISCORDO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informando qual documento está sendo enviado:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Relatório de necropsia
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: **PARTE + DOC. IMAGEM**

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CECÍLIA, PB, 27/03/2020
Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a seguir)

maria jose marques da Silva

Assinatura

Devo e de preferência todos os dados, e por favor, preencher o nome e sobrenome do segurado no campo de dados pessoais e no campo de dados pessoais.

Obrigado pela atenção e pela compreensão.

Obrigado pela atenção e pela compreensão.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190389535

Cidade: Vertente do Lério

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

Data do acidente: 24/02/2019

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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

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

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

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190389535 Cidade: Vertente do Lério Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA Data do acidente: 24/02/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (PS).
 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
 faltante:

Apontamento do Laudo
 do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
 complementares:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	MARIA JOSÉ MARQUES DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	ABOLICIONISTA
IDENTIDADE:	4.055.054-30/PE e CPF. 766.479.094/00
DATA DO ACIDENTE:	24/03/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VITIMA:	LUCIANA MARQUES DA SILVA (14 anos)
ENDEREÇO:	Sítio José de Nova, s/n - Área Rural - Santa Cecília (PE)

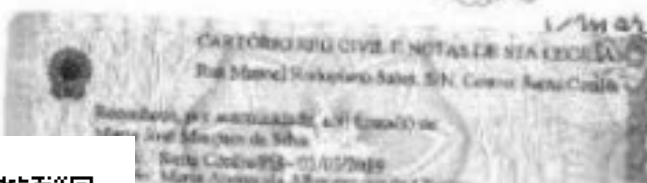
OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE:	3092028-55/PE
ENDEREÇO:	Rua João Batista, nº 310, Centro, Santa Cecília (PE)



PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIJO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cecília - PE 03 DE Maio DE 2019



ASSINATURA DO OUTORGANTE

CONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

(Cartório de Registro Civil)

de Tabelionato, 2.º et.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AGL-0209269/19

Número do Sinistro: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF: 718.467.914-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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 original, 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: 10/07/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019

Nome: ALINE GOMES DE BRITO

CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AGL-0209269/19

Número do Sinistro: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF: 718.467.914-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANA MARQUES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/04/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AGL-0209269/19

Número do Sinistro: 3190389535

Vítima: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF: 718.467.914-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: LUCIANA MARQUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

