



23/07/2020

Número: **0021696-60.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

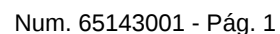
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65143001	23/07/2020 11:37	ANEXO 1	Outros (Documento)





		Atendimento: 409866		Prontuário: 285609	
Nome: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO					
Data Nasc.: 11/01/1970		Idade: 48		Sexo: FEMININO	Cor: PARDA
CPF:		RG:		Religião:	
				CNS: 700005601390309	
Endereço: SÍTIO CATOLE DO NAPOLEAO				Nº: 0	
Bairro: Z RURAL		Cidade: CASINHAS		Estado: PE	
CEP: 55755000		Fone: 973199516		Profissão: AGRICULTOR	
Nome da Mãe: SEVERINA CABRAL DE LIMA					
Acompanhante:					
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA					
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA					

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: *# ortopedia*
 Paciente refere queda de moto há $\pm$ 6h. Negro, solteiro,
 desempregado, dor abdominal. Trazida pelo SAMU com
 imobilização provisória em MSE, sem colar cervical.

Exame Físico: *cor. sem mancha nigida*

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Cond: Solicito Rx serie trauma.
Fago AIT + prescrição.

Dr. Karina Fierrell
Médica
Omnipac - Dermatologia
Chilense 2.200 905555

Diag. Provisório:

COMPREV

28 MAI 2019

PROTOCOLO
CIÊNCIA RECIFE

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
Data Nasc.: 11/01/1970 Idade: 48 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 700005601390309 Nº: 0
Endereço: SÍTIO CATOLE DO NAPOLEAO
Bairro: Z RURAL Cidade: CASINHAS Estado: PE
CEP: 55755000 Fone: 973199516 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: SEVERINA CABRAL DE LIMA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 29/04/2018 21:28 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: *Lesão de nível L4-L5, com dor no membro inferior direito, com limitação de movimento.*

Exame Físico: *Consciente, orientado, corado, hidratado, sem sinais de infecção.* PA: FC: FR:

Diag. Provisório: *Lesão do nível L4-L5*

do. 01/05/2018

COMPREV
COMPRESSÃO DEVIDUÁRIA
28 MAI 2019
PROTOCOLO
CIÊNCIA RECIFE

Prescrição: Dieta: _____

Data: _____ Horário: _____

Tratamento fisioterapêutico em 15x

Tássio T. de Sousa
Ortopedista
CRM-PE 11063
29/04/2018





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Exame físico
sem alterações
20/07/2020
CRM: 12345
Dr. A. B.

COMPREV

COMPRESSÃO: 10, FREQUÊNCIA S/A

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tendo absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

4/29/2018 11:33:44 PM
2 de 2

Usuário do Atendimento
ELAINECB



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE

H.R.A.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ismael Lima do Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

285609

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701010105601139103109

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/01/70

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Sereque Gabriel de Lima

12 - TELEFONE DE CONTATO

81979199518

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

81979199518

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Lote do Vaqueiro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Parintim

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

5515000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motociclista com trauma na região do tórax (E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neoplasia de Pâncreas

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Neoplasia de Pâncreas

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

OUT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

OUT

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

Dr. Alfredo Melo Mesquita

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() LIGADO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

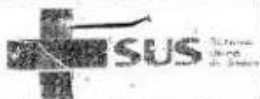
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

29/04/18



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 JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO	5 - Número do Prontuário 119243			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700005601390309	8 - Data Nascimento 31/01/1970	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe SEVERINA CABRAL DE LIMA	12 - Telefone de Contato 8173199516			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SÍTIO CATOLE DO NAPOLEAO, () - ZONA RURAL				
16 - Município de residência CASINHAS	17 - Cod. IBGE município 2604155	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
*ht e, fratura fêmur esquerdo, após
trauma*

21 - Condições que justificam a internação
COMPREV
COMPREV - IL - FICIA SIA
28 MAI 2019

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

23 - Diagnóstico inicial <i>fratura fêmur E</i>	24 - CID 10 Principais <i>592.5</i>	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
--	--	------------------	-------------------------------

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
Internamento
PROCEDIMENTO SOLICITADO
28 - Código do procedimento
04.08.02.040-7

29 - Clínica <i>ORT</i>	30 - Caráter de Internação <i>urgência</i>	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
----------------------------	---	-----------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Alvaro</i> CRM-PE 3601	34 - Data da solicitação	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro de conselho)
---	--------------------------	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa
38 - () Acidente de Trabalho trajeto		
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Conferido Com Documento Original Bezerras PE 19.06.18 Hospital Jesus Pequeno <i>Dr. Vag. 01/03</i>
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-05
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 499849 Data: 03/05/2018 Hora: 10:45
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepção: NAYALLI
Matrícula: 700005601390309
Identidade:
Cartão SUS: 700005601390309

Paciente: 119243 JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
Nascimento: 31/01/1970 - 48 Anos e 3 Meses
Endereço: SÍTIO CATOLE DO NAPOLEAO,
Bairro: ZONA RURAL CEP:
IBGE/Cidade: 2604155 CASINHAS UF: PE
Pai: SEVERINO ORESTE DO NASCIMENTO
Mãe: SEVERINA CABRAL DE LIMA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 71594515468
Identidade: 3900493 SSP PE
Telefone: 8173199516
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: ORTOP 440694

Queixa do Paciente:

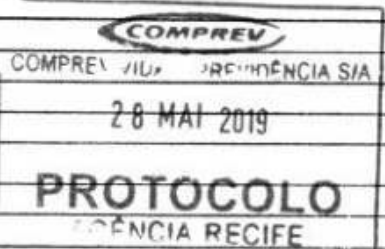
fratura em punho

H.D.A.:

fratura em punho

Exame Físico:

RX



FRATURA PUNHO ESQ

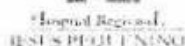
Tratamento:

Just

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 290018
Hospital Jesus Pequeno
Bezerros, 03 de maio de 2018
Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico
Iron Alves
CRM PE 2601





RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO CLÍNICA ORTOPÉDICA	NUMERO DO REGISTRO 119243
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA	
ANESTESIA SEDAÇÃO	ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 04/05/2018	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO 1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTISSEPIS DO CAMPO OPERATORIO DO RADIO DISTAL DIREITO 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS 4. COM PACIENTE SOB NARCOSE, REALIZADA A MANOBRA DE REDUÇÃO DA FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE KIRCHNER 5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 6. CURATIVO	



Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 19/09/15
Hospital Jesus Pequeninno

478 ADDITIONAL
INFORMATION
PAGE 4.71

Ortho 01598
CFR 01594



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CONDIÇÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3900493 RDD PE

CNPJ / CPF 715.943.154-68 DATA NASCIMENTO 31/01/1970

PLACADO
SEVERINO ORESTE DO NAS
CIMENTO
SEVERINA CARVAL DE LIMA

PERMITEUO / AGO / CRT MAR
AB CL

Nº REGISTRO 05922114965 VALIDADE 14/08/2023 TABELAÇÃO 04/11/2013

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL SUZUBIM, PE DATA EMISSÃO 14/08/2018

Charles Anderson Santa Riberon
Diretor Presidente

43634454880
PR087524112

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1679913492

PROIBIDO PLASTIFICAR 1679913492



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013933969653
VIA 1 1049469094 RUA/C 2018
EXERCÍCIO 2018

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
CASINHAS-PE
0

715.945.154-66
PLACA PG27425

9C2KC1670FRS20284
CHASSI

PAS /MOTOCICLETA
CONJUNTO

HONDA/CG150 START
MARCA/MODELO

2E/149CL
CAP/ROT/OL

1 IPVA 2018 QUITADO
COTA ÚNICA

V A 1
PARCELAMENTO / COTAS

SEGURO PAGO
PREMIO TOTAL R\$

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA
OBSERVAÇÕES

CASINHAS
09/03/18
DATA

Charles Andrews Sousa Sibaio
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013933969653 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CASINHAS-PE
0

715.945.154-66
PLACA PG27425

049469094
HONDA/CG150 START

015 09
9C2KC1670FRS20284

PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO SEGURO R\$

SEGURO PAGO
COTA ÚNICA

SEGURO PAGO
PARCELADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

SEGURO PAGO
DATA DE OUTRADO

COMPREV
26 MAI 2019
PROTOCOLO
RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350225 **Cidade:** Casinhas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 8.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350225 **Cidade:** Casinhas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 8.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180688/19

Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 715.945.154-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO : 715.945.154-68

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: 28/05/2019
Nome: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
CPF: 715.945.154-68

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350225

Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

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

Carta nº 14390132





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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350225

Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000011168-6

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.

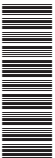
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00787/00788 - carta_15R - INVALIDEZ

00020394





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	715945.154-68	Josefa Lima do Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Josefa Lima do Nascimento		715945.154-68
Profissão:	Endereço:	Número:
Recebe-se	St. Catole do Napoleão	1510
Bairro:	Cidade:	Estado:
Razinha	Razinha	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55755-000	181892583087

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\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 111 68 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

28 MAI 2019

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)

PROTOCOLO
RECIFE

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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 conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão 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.

Local e Data, Razinha 24/04/19
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Josefa Lima do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 124ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASINHAS - DP124ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC



BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0214000274**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/10/2018** às **15:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/4/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO CATOLÉ DE NAPOLEÃO** - Bairro:
ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO**



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

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA CABRAL DE LIMA** Pai: **SEVERINO ORESTE DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **31/1/1970** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3900493/SDS/PE (RG), 71594515468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81973199516**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO CATOLÉ DE NAPOLEÃO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGZ7425** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104946909** Chassi: **9C2KC1670FR520264**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**



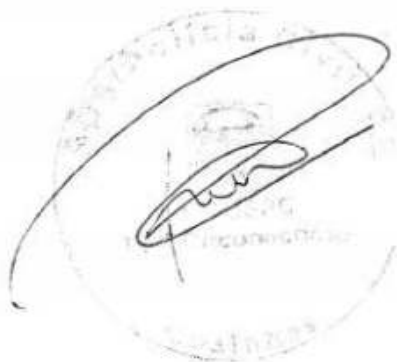
Complemento / Observação

O PRESENTE BOE VEIO A SER LAVRADO APÓS COMUNICAÇÃO DO FATO PELA VÍTIMA DE NOME JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO. SEGUNDO A NOTICIANTE, O ACIDENTE ACONTECEU QUANDO A MESMA ESTAVA SUBINDO UMA LADEIRA E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR NO SOLO E, POR CONSEQUÊNCIA DA QUEDA, FRATUROU O PUNHO ESQUERDO. A NOTICIANTE REQUEREU O REGISTRO DA OCORRÊNCIA NA INTENÇÃO DA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT. DITO ISTO, ENCERRO O PRESENTE BOE.

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

**JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CLAUDINO ALVES DA NÓBREGA FILHO** - Matrícula: **3675288**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	715945.154-68	Josefa Lima do Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Josefa Lima do Nascimento	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recebe-se	St. Catole do Napoleão	1510
Bairro:	Cidade:	Estado:
Razinha	Razinha	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55755-000	181892583087

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\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 111 68 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

28 MAI 2019

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)

PROTÓCOLO
RECIFE

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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 conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão 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.

Local e Data, Razinha 24/04/19
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: CPF:

Assinatura

2º Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Nome: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO		Atendimento: 409866		Prontuário: 285609	
Data Nasc.: 11/01/1970	Idade: 48	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA	Religião:	
CPF:	RG:	CNS: 700005601390309		Nº: 0	
Endereço: SÍTIO CATOLE DO NAPOLEAO		Cidade: CASINHAS		Estado: PE	
Bairro: Z RURAL	CEP: 55755000	Fone: 973199516	Profissão: AGRICULTOR		
Nome da Mãe: SEVERINA CABRAL DE LIMA					
Acompanhante:					
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA					
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA					

Queixa Principal / HDA: *# vitropedica*
 Paciente refer queda de moto na $\pm$ 6h. Negra vomito,
 depresso, dor abdominal. Trazida pelo SAMU com
 imobilizaço provisória em MSE, sem collar cervi-
 cal, sem mancha rígida.
 Exame Físico: *PA: FC: FR:*
 Cond: Solicito Rx serie trauma.
 Fago AH+ prescrição.
 Dra. Karim Fieff
 Médica
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-SP 24.004 RQE-005

Diag. Provisório:

COMPREV

28 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

[illegible]

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:	11/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000011168-6

Nr. da Autenticação F135826588A1D5D5

