



Número: **0021732-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/05/2020**

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		
MARIA DE FATIMA OLIVEIRA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)		
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65357 764	28/07/2020 10:27	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190518139 Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

**Data do Acidente: 16/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA DE FATIMA OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indeniz

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 tornozelo 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: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002295-0

Conta: 000006496-3

Tipo: **CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Scanned by Kibin PDFmate

Editorial Board





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190518139** Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

**Data do Acidente:** 16/06/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). MARIA DE FATIMA OLIVEIRA**

Informamos que os pagamentos da ind

informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%  
Grau III - Fálico 50%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002295-0

Conta: 000006496-3

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532>  
Número de documento: 20072810274564700000064133532

Núm. 65357764 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190518139**

**Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 16/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DE FATIMA OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14940558

Pag. 00289/00290 - carta\_01 - INVALIDEZ



00330145





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro U.A.SL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	059.170.384-06	MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA	059.170.384-06		
7 - Prénom:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
REC. INF	S1.LAGOA DANTAS	340	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ZONA RURAL	TAQUARITINGA DO NORTE	PE	55790-000
15 --mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 9 665-0454		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todas as fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).		
20 - FAIXA MENSAL DO INICIAL DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.01 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,01 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (corrente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 6295 CONTA: 6496 (3)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LIVEL DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para o fechamento do requerimento de Indemnização DPVAT (ou invalidez permanente), ou seja, a "fusinar" uma das opções:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 ao Seguro DPVAT, pela invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação clínica às curas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura audiência médica ou contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (na Civil)	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Petardo:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companionheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companionheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima:	Sim	29 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou:	31 - Petardo:
	Não	Vivos:	Não	Outro descrição:
		Falecidos:	Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, escrivâncante, onda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por II fato (artigo 259 do Código Penal).

34 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha:
37 - 1º Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 2º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha:		
40 - Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 29/08/2019	39 - 2º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha:		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura da Procurador (se houver)		

Gente Seguradora S.A.

Rua Barbosa, 716 sala 3  
Belo Horizonte - MG - 30140-040

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



545552

0367909/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -  
 DP130°CIRC DINTER1/17°DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000512**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/08/2019** às **12:32**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **16/6/2019** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SITIO SILVA DE CIMA PROXIMO A MADEIREIRA DE NALDO** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA (AUTOR / AGENTE )  
 MARIA DE FATIMA OLIVEIRA (VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

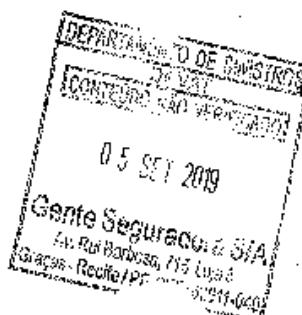
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**MARIA DE FATIMA OLIVEIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA INACIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **SEVERINO LUIZ DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **13/8/1978** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7386578/SDS/PE (RG) 05917038406 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 991331737**

Enderço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SITIO LAGOA DANTAS,Nº 340, ZONA RURAL DE TAQUARITINGA DO NORTE - CEP: 55790000 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDILEUSA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **SEVERINO JOSE DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **19/6/1980** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6976002/SDS/PE (RG) 06012852479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

1 of 2



Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SITIO LAGOA DANTAS, N° 340, ZONA RURAL DE TAQUARITINGA DO NORTE - CEP: 55790000 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125 K** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIP9941** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Renavam: **119065797** Chassi: **9C8KE122090026933**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

**INFORMA O SR EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA QUE NO DIA 16/08/2019, POR VOLTA DAS 18:30 HORAS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA ESTRADA DO SÍTIO SILVA DE CIMA, ONDE TRAZIA COMO CARONA A VÍTIMA MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA E AO TRAFEGAR PRÓXIMO A MEDEIREIRA DE NALDO, DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA FAZENDO COM QUE A MESMA VIESSE A CAIR. DO ACIDENTE O CONDUTOR SOFREU FERIMENTOS LEVES, ENQUANTO QUE A SENHORA MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA SOFREU FERIMENTOS GRAVES EM SUA PERNAS ESQUERDA. LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NA UPA DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA AO HRA DA CIDADE DE CARUARU E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

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

*Everaldo José de Oliveira*  
**EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA**  
**(AUTOR / AGENTE)**

B.O. registrado por: **JAIRO DE LIMA BEZERRA** - Matrícula: **319937-1**



2 of 2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DATA: 06/08/2019 12:22
CONTEÚDO NÃO PERFEITO
05 SET 2019
Gente Seguradora S/A Av. Rei Bernardo, 718 Laje 9 Olinda - Recife/PE CEP: 52011-040



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532

Número do documento: 20072810274564700000064133532



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro U.A.SL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	059.170.384-06	MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA	059.170.384-06		
7 - Prédio nº:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
REC. INC	S1.LAGOA DANTAS	340	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ZONA RURAL	TAQUARITINGA DO NORTE	PE	55790-000
15 --mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 9 665-0454		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todas as fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).		
20 - FAIXA MENSAL DO INICIAL DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.01 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,01 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (corrente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 6295 CONTA: 6496 (3)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autentizo a Seguradora Líder 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 no valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LIVEL DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para o fechamento do requerimento de Indemnização DPVAT (ou invalidez permanente), ou seja, a (assinar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 ao Seguro DPVAT, pela invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação clínica às curas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura audiência médica ou contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (na Civil)	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Petrópolis								
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companionheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companionheiro(a), informar o nome completo:								
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Sim	
Vivo(s):	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	Não	Vivos:	<input type="checkbox"/> Não	Vivos:	<input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	Não	<input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, escrivâncante, ou da que qualquer amissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por II fato (artigo 259 do Código Penal).

34 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha:
37 - 1º Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 2º   Nome: CPF: Assinatura da testemunha:		
40 - Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 29/08/2019 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Assinatura da Procurador (se houver)	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Assinatura da Procurador (se houver): Assinatura da testemunha: 05 SET 2019		

Gente Segurada S.A.

Rua Barbosa, 716 sala 3  
Belo Horizonte - MG - 30140-040

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SANTA CRUZ**  
**DO CABIBARIBE**  
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



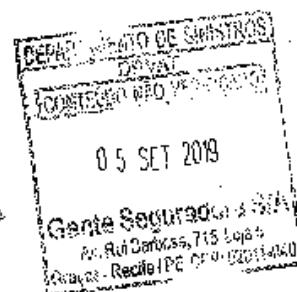
**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **MARIA DE FATIMA OLIVEIRA** nascido em 13/08/1978 esteve nesta unidade hospitalar no dia 16/06/2019 por volta das **19h12min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 11 de JULHO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

*Inst. Ademir Pereira*  
4591



**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
DIRETOR  
MAT.069043

---

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE  
E-mail: upa24hsc@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532>  
Número do documento: 20072810274564700000064133532

Num. 65357764 - Pág. 8

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02295-0

CONTA: 000000006496-3

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO16092019050000000002370229500000006496168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532>  
Número do documento: 20072810274564700000064133532

Num. 65357764 - Pág. 9







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 falsa 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados -- SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. PERNAMBUKO inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DE FATIMA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.170.384 / 06, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima MARIA DE FATIMA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.170.384 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

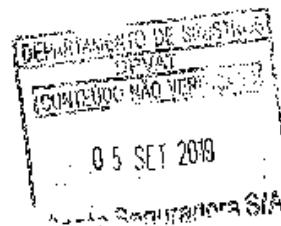
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência Junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Fone/Endereço	Número	Complemento
Bairro	370	CASA
Rua JOAO BATISTA		
Cidade		
CENTRO	PE	95.150-000
Email	Telefone comercial (DDP)	Telefone celular (DDD)
afseguros1994@yahoo.com.br	(81) 9665-0454	(81) 8133-5022

SURUBIM/PE 29 de AGOSTO de 2019  
Local e Data.

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

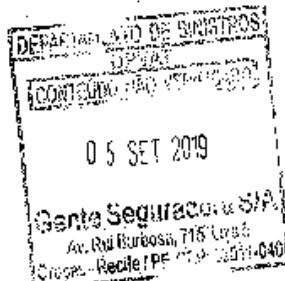
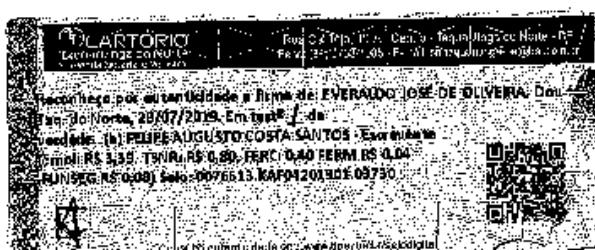
Eu, EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA

RG nº 6976002 data de expedição 10/12/01  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 000 128 524-79, com  
domicílio na cidade de TRIPARITINA DO NORTE, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SITIO LAGOA DANTAS, ZONA RURAL, nº 340,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA, cujo o condutor era  
EVERALDO JOSE DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 K  
Ano: 2008/2009  
Placa: XIP 9941  
Chassi: 906XEP2D90028933  
Data do Acidente: 16/06/19  
Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE

Assinatura do Declarante

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



**FICHA DE ATENDIMENTO**

RECEPCIONISTA: Amanda Data: 16/06/2019 Hora: 19:12 min  
Nome: Maria da Fátima Góes Nº do Prontuário:

RG: \_\_\_\_\_ Idade: 41 Nascimento: / / Nº SUS:

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: (81) 9133-1737

Endereço: Rua Sítio Logim Dantas Nº: \_\_\_\_\_ Bairro:

Cidade: Saquarema Acompanhante: ( ) Sim - Não ( ) Nome:

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: CORDEIRO-PE-SOROCABA

Codes de Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: \_\_\_\_\_ min

PA: 120x70 T: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaO2%: \_\_\_\_\_

Codes de Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 19:10 min

Doenças presentes: Nega

Alergias: Nega

Uso de medicações: Nox

**EXAME CLÍNICO MOVERNEHO**

Apnéia( ); Cianose( ); Estridor( ); PC<50>140( ); FR >32vpm( ); Extremidades frias( ); Pulso fraco( )

Pulso ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( ); Letargia( ); Convulsionando( )

Iresponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intenso( ); Lesão grave( )

Queimaduras >25% de SC ou asfixiamento de vias aéreas( ); Hipoglicemia com sudorese intensa( )

OBS: \_\_\_\_\_

05 SET 2019

**EXAME CLÍNICO AMARELO**

Politratumizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC<50 ou >140( ); PAS<90 ou >190mmhg( ); PAD>130( )

Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão( ); Convulsão nas últimas 24h( ); mucosas desidratadas( )

Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas( ); Abuso sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( )

Fraturas angulosas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa( ); história até 72h de:

Metema( ); Hematêmesis( ); enterorragia( ); epistaxe( ); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico( );

OBS: \_\_\_\_\_

Gente Segura e SA  
Av. Rio Branco, 716 Lages



**CLASSIFICAR COMO VERDE:**

Idoso com queixas( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( ); Lombalgia intensa( );  
Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, luxações( ); Dor abdominal sem alterações de SSVV( );  
PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas( ); Dor de garganta com  
História de febre e com placas sem toxemia( ).

OBS: Recente. Quixa-se de dor em NIE após  
queda de moto, sem outras queixas.

**CLASSIFICAR COMO AZUL:**

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal( ); Coriza crônica ou  
recorrente( ); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h( ); Curativos ou ret. de pontos( ); Vômitos ou  
diarreia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( ); Administração de medicamentos( );  
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( ).

ONS:

**CLASSIFICAÇÃO:** VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

*Dew*  
Assistente Social  
Educação Popular  
CEN. DE SAUDE

ENCAMINHADO:

ASS. E CARIMBO:

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente: Paciente retorna de trauma via  
fornecido (S).

S: Trauma?

L: Tolcado EX:

Exame Físico: Malfunçõe OLFATIVA SIM. (Nose)

Tramadol 01 FA 100 mg + 100 ml S.E.S.

Hipótese diagnóstica: 21/08 - MORFINA 10mg + 9ml AD *30/08*

*21/08*

Conduta:

HOSPITAL R. A.

Nº 526799

CARIMBO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIRO FERREIRA

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o Sr(a) **Maria de Fátima Oliveira**,  
**Esteve Interna Nesta Unidade Hospitalar no Período do dia**  
**17/06/2019 e foi transferida para hospital Jesus Pequenino em**  
**17/06/2019. Registro Hospitalar: 340390.**

**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

**Atenciosamente;**

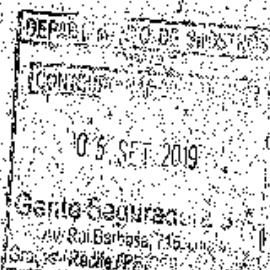
**Caruaru, 18 de Julho 2019**

103 724.975/0289-27

Hospital Regional do Agreste

Av. Rui Barbosa, 15 - Centro - 55024-000 - Caruaru - PE

setor de Arquivo (same)



Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km 130 - S/N - Bairro Indianópolis - Caruaru - PE - CEP

55.024.000

CNPJ: 10.572.046/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719 9400 (SAME)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532>

Número do documento: 20072810274564700000064133532

Num. 65357764 - Pág. 16

# HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

## CONSULTA PÚBLICA

### DADOS DO PACIENTE

Nº de Cadastro: 31745

Processo: 140353

Nome: MARIA DE FÁTIMA VIEIRA

Data Nasc.: 01/01/1970

Sexo:

MASC

FEMININ

Nome: RAMON

Relação:

FGC

CAB

Endereço: Rua VILMAR GOMES

Bairro: VILA NOVA

Cidade: TAQUARITINGA/PE

CEP: 54300-000

UF: PE

Estado Civil: SOLTEIRO

CPF: 654.629.1

Profissão:

Local de Atendimento: ATENÇÃO MÉDICA

Atendente: DR. JOSÉ DIAS DA SILVA

### DADOS CLÍNICOS

Diagnóstico:

Sintomas:

Medicamentos:

Procedimentos:

Exames:

Observações:

Outros:

Indicação:

Observações:

## FIGURE 1. REGIONAL ACROPOLIS IN HESPERIA

Digitized by srujanika@gmail.com

Este documento foi gerado em 2022-10-14 às 09:00 UTC por [exercícios-matematica](#), usando o comando `tex2img -d 1000 -r 100`.

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

*Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 27, No. 4, December 2002  
Copyright © 2002 by The University of Chicago  
0361-6878/02/2704-0879\$15.00

1944-1945. The first year of the new school was opened by the Bishop of the Diocese.

10. The following table shows the number of hours worked by each employee in a company.

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers in a certain industry.

2023-06-14 14:44:14

1990-1991  
1991-1992  
1992-1993  
1993-1994  
1994-1995  
1995-1996  
1996-1997  
1997-1998  
1998-1999  
1999-2000  
2000-2001  
2001-2002  
2002-2003  
2003-2004  
2004-2005  
2005-2006  
2006-2007  
2007-2008  
2008-2009  
2009-2010  
2010-2011  
2011-2012  
2012-2013  
2013-2014  
2014-2015  
2015-2016  
2016-2017  
2017-2018  
2018-2019  
2019-2020  
2020-2021  
2021-2022  
2022-2023  
2023-2024

19. The following table shows the number of hours worked by each of the 100 workers.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITARIO**

Nome: Fábio da Silva Guedes

Prontuário:

Facendo constar que o Sr. Fábio da Silva Guedes  
deve ser atendido com todos os cuidados e  
atenção que seu caso merece e que  
ele não é alérgico.

Respondo que o mesmo é um paciente  
jovem, sem história de alergia.

Paciente com histórico de:

Hospital Regional da Baixada Santista

03/07/2018

Cida: SANTOS NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Dia: 28/07/2020 Hora: 10:27:45

06/07/2020

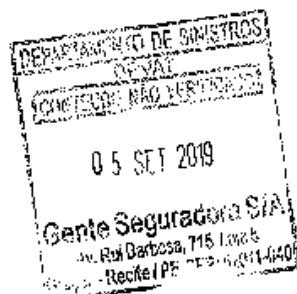




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.356.578
NOME	DATA DE EXPEDIÇÃO
<< MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA >>	
FILIAÇÃO	<< SEVERINO LUIZ DE OLIVEIRA >>
<< ANA INÁCIA DA CONCEIÇÃO >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
TAQUARITINGA DO NORTE	PE
DOC ORIGEM	13/08/1978
<< CN.3972 L.A05 F.45V CART. 1º DIST. TAQUARITINGA DO NORTE-PE 08.09.1992 >>	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.118 DE 29/08/83	

05 SET 2019  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Rui Barbosa, 715  
Recife-PE CEP 50.000-001

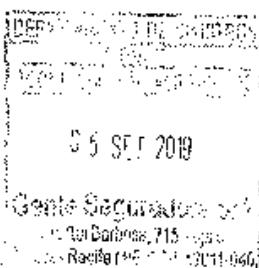




Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532>  
Número do documento: 20072810274564700000064133532

Num. 65357764 - Pág. 22





## - IDENTIFICAÇÃO

VITIMA: **Maria de Fátima Oliveira**DATA DO ACIDENTE: **16/06/2019** CPF DA VITIMA: **059.470.384-06**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: **EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES.**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR:  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARAGUANTE(S) COMA VITIMA É:  ENDEREÇO DO PORTADOR: **RUA JOÃO BAPTISTA**Nº: **330** COMPLEMENTO: **CASA** BAIRRO: **CENTRO**CIDADE: **SUZUBURU** UF: **PE** CEP: **55.450-000**E-MAIL: **ACESEGUERES.9994@YAHOO.COM.BR** TELEFONE: **(83) 9665-0454**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE PÚBLICA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CÓPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) MAU IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAIS) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DE ALTA DEFINITIVA BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TANAS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LISTA DE DESPESAS MÉDICAS (PARA) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMISSADAS. O PRazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação

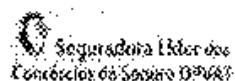
COMPROVANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

\* MARTE: R\$ 13.500,00

\* MARTE: R\$ 13.

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307909/19

Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

CPF: 059.170.384-06

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/06/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IMI
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

#### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

#### MARIA DE FATIMA OLIVEIRA : 059.170.384-06

- 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.drvatseguro.com.br](http://www.drvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 12.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 9134 / 74.

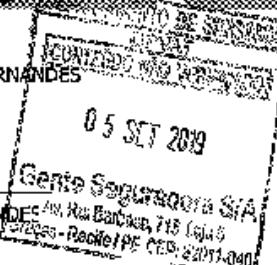
Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em anexo, ou cópias autenticadas, precisam estar devolutivamente protocoladas como comprovante da entrega, pelo meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do arquivamento 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: 05/09/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68



#### Responsável pelo cadastramento da seguradora:

Data do cadastramento: 05/09/2019  
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532>  
Número do documento: 20072810274564700000064133532

Num. 65357764 - Pág. 26

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518139 Cidade: Taquaritinga do Norte Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA Data do acidente: 16/06/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	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: 3190518139 Cidade: Taquaritinga do Norte Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA Data do acidente: 16/06/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

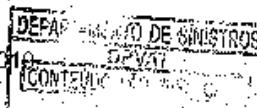
NOME: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR  
IDENTIDADE: 7.356.578 SDS/PE CPF: 059.170.384-06  
DATA DO ACIDENTE: 16/06/2019  
COBERTURA: INVALIDEZ  
VÍTIMA: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA  
ENDEREÇO: SITIO LAGOA DANTAS, 340, ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE - PE

### OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO  
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68  
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HÓSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

TAQUARITINGA DO NORTE - PE 29 DE JULHO 2019

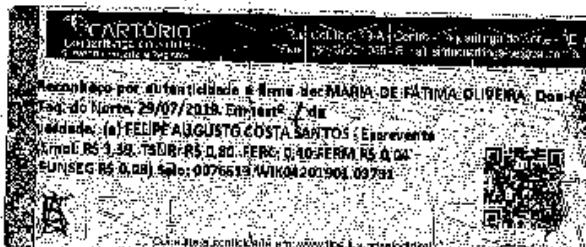


05 SET 2019

*Maria de Fatima Oliveira*

Gente Seguradora S.A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Laje 6  
Graças - Recife / PE - CEP 50140-040

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532>  
Número do documento: 20072810274564700000064133532

Num. 65357764 - Pág. 29

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307909/19

**Vítima:** MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

**CPF:** 059.170.384-06

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 16/06/2019

**Titular do CPF:** MARIA DE FATIMA OLIVEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

#### MARIA DE FATIMA OLIVEIRA : 059.170.384-06

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/09/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 05/09/2019

Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:27:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810274564700000064133532>  
Número do documento: 20072810274564700000064133532

Num. 65357764 - Pág. 30