



Número: **0800370-94.2017.8.15.0441**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Conde**

Última distribuição : **07/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NILDETE GOMES DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34945 715	30/09/2020 15:50	2754345_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2016

Carta nº: 9979620

A/C: NILDETE GOMES DA SILVA

Sinistro: 3160655669 ASL-1123021/16
Vitima: NILDETE GOMES DA SILVA
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01349/01350 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2016

Carta nº: 10029896

A/C: NILDETE GOMES DA SILVA

Sinistro: 3160655669 ASL-1123021/16
Vítima: NILDETE GOMES DA SILVA
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01423/01424 - carta_02



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2016

Carta nº: 10086437

A/C: NILDETE GOMES DA SILVA

Sinistro: 3160655669 ASL-1123021/16
Vitima: NILDETE GOMES DA SILVA
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: NILDETE GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003141-0

Conta: 0000010766-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01527/01528 - carta_15R



00020764





Nº DO SINISTRO _____

CÂMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

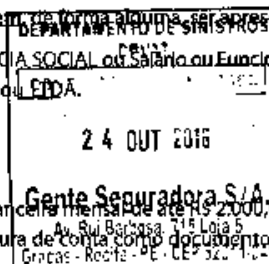
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, NILDETE GOMES DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 880.738 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 06/07/1998
CPF 380028414-68 / CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A MESMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPPA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3141 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10466-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Aracaju, 16 de Setembro de 2016
LOCAL E DATA

Nildete Gomes da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



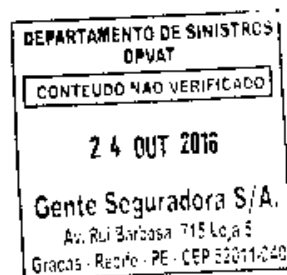


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 OUT 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040



DECLARAÇÃO

Eu, NILDETE GOMES DA SILVA
Portador (a) do RG nº 880.738, e do CPF nº 380.088.434-68,
DECLARO, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: B. BRADESCO,
e a conta de minha titularidade nº 10466-2, agência nº 3141,
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.



Nildete Gomes da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Nildete Gomes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Guachinduba, S/N
Zona Rural Conde PB CEP: 58322-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 880738
Data local do exame: [21/11/2016] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do pé esquerdo (metatarsos)
Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no dorso do pé esquerdo com retração cicatricial, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do pé esquerdo.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Evolui com retração cicatricial no dorso do pé esquerdo, limitação de mobilidade dos dedos déficit de força motora do pé esquerdo.
Data da alta: 20/08/2016.
Realizado tratamento cirúrgico com limpeza e desbridamento, imobilização, resultado insatisfatório.
Complicações: Não houve complicações neste caso.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
Apresenta limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do pé esquerdo.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
Pé - Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM - PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE CONDE/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0875/2016



Versando sobre: Acidente Veículo

Data do ocorrido: 14 maio 2016

Registro do fato: 08:10 horas do dia 26 de agosto de 2016

Delegado de Policia: Paulo de Oliveira Martins

Local: Conde-PB.

Nome: NILDETE GOMES DA SILVA

Naturalidade: Alhandra - PB

Estado Civil: solteira

Filiação: Aluizio Gomes da Silva e Antônio Vicente da Silva

Data de nascimento: 31/05/1963, com 53 anos.

Profissão: Agricultora

Identidade: 880.738 SSP/PB

CPF/MF: 380.028.414-68

Endereço : Sítio Guachinduba, próximo ao Colégio Municipal Antônio Bento da Silva, próximo a Jacumã, Conde - PB

Telefone: 83 9305 1689

HISTÓRICO: Afirma a NOTIFICANTE que no dia 14/05/2016 estava caminhando pela estrada do Sítio Guachinduba, Zona Rural do Município do Conde, quando foi atropelada por uma Motocicleta, indo ao solo; QUE a NOTIFICANTE foi socorrida pelo SAMU e conduzida para o Complexo Hospitalar Mangabeira; QUE no citado hospital ficou constatado uma fratura no pé esquerdo conforme certidão nº 1024/2016. **Motivo pelo qual procurou esta Delegacia.**

O noticiante foi advertido de que, caso o teor deste registro não importe a verdade, sofrerá sanções administrativas, civis e penais, inclusive as contidas no Art. 299 do Código Penal.

** Nildete Gomes da Silva*

NOTIFICANTE

Suelio Moreira Torres

Agente Investigação 1819631

Av. Presidente Epitácio Pessoa, 156, Conde / PB- Telefone (83) 32982265

Registro de B.O. ONLINE:

www.delegaciaonline.pb.gov.br

DEPARTAMENTO DE SIMULACIO CIVIL
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
24 OUT 2013
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa 715 Loja 5 Graciosa - Recife - PE - CEP 51011-040



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, NILDETE GOMES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 880.738 e inscrito no CPF/MF sob o nº 380028.414-68 residente e domiciliado na SÍTIO GUACHINDUBA ZONA RURAL Cidade CONDE Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

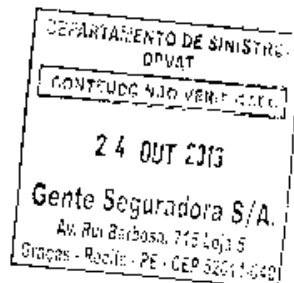
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

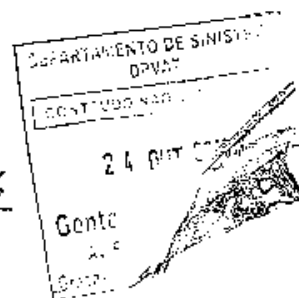
Nildete Gomes da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Assin e Imp/PE 36/09/2016

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

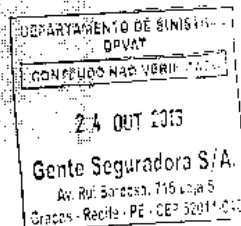
DECLARAÇÃO

O SAME 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 602.974, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1276211, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **NILDETE SOARES DA SILVA** idade 53 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento por Moto)** na data 14/08/2016, no Sítio Guachinduba, Bairro: Zona Rural - Conde - aproximadamente às 18:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma - Pronto Socorro).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Agosto de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
OAB/PE nº 13171
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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: 23/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NILDETE GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 000000010766-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2311201605000000000023703141000000010766168750 PAGO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, NILDETE GOMES DA SILVA,

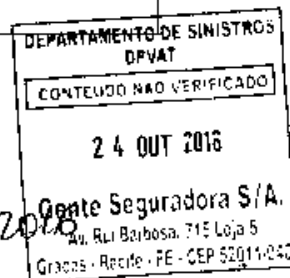
RG nº 880.738, data de expedição 06/07/1998 Orgão SSP/PB,

CPF nº 380.028.45468 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO GUACHINDUBA
Número	S/N
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	CONDE
Estado	PARAIBA
CEP	58322-000
Telefone de Contato	(81) 3532.0069 - (81) 98721-5834
E-mail	trallrino@pe@uol.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima/PB 16/09/2016



Assinatura do Declarante: Nildete Gomes da Silva



Número do documento: 20093015502709000000033401455



CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2



ATENDIMENTO: AVENIDA EUCALIPTOS, Nº 00461 - MATINHA ABR

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R. JOAQUIM NABUCO, N.º 00200 - LINDO ABREU E LIMA PE 53520-17

INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO 7 - DEB. AUTOMÁTICO - 101665667
SITUAÇÃO AGUA: SITUACAO ESGOTO: QUANTIDADE DE ECONOMIAS:
LIGADO: POTENCIAL: RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HIDROMETRO: DATA LEIT. ANTERIOR: DATA LEIT. ATUAL: TIPO DE CONSUMO (A/E):
ATL 277112 31/08/2016 29/09/2016 MEDIDA: N/D

AGUA:
LEIT. ANTE: 30 CONSUMO: 3
LEIT. ATU: RECORRENCIA TAXA: M
LEIT. FAT: 33

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS	ANALISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
06/2016	01				
07/2016	03	TURBIDEZ	48	49	49
06/2016	03	COR APARENTE	48	49	47
05/2016	03	CLORO RESIDUAL	48	49	46
04/2016	03	COLIF. TOTAIS	48	49	46
03/2016	04		48	49	47

MEDIA: 43
Qualidade de Agua: mm Compesa com D
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA.
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	2 M3	37,25
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	59,80

JUROS DE MORA 06/2016 0,93
DEV. PAGTOS DA PL. 05/2016 0,91

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 OUT 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa 5
Brasília - DF - CEP 52011-040





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160655669 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NILDETE GOMES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO NILDETE GOMES DA SILVA

CPF/CNPJ: 38002841468

Posição em 23-09-2020 10:45:30

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/11/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
26/11/2016	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6m8n3RcZ5XWgeD+PbAapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=)
17/11/2016	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8HajcxXmsFDaSVTr2tc6:api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=)

Chat



13/11/2016	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/dDYK7kl9Coql5Ke9E0RYbvapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4Osp7OSNfoja3pYzgUDNXriA=)
------------	------------------------------------	--



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

Chat





(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.youtube.com/watch?v=5aYp3a5gBrU>)
(https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat_oficial/)
(<https://www.linkedin.com/company/seguradoraliderdpvat/>)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

Chat





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

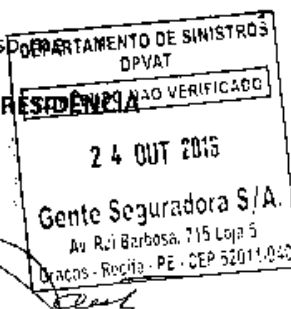
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS, portador(a) do RG nº 7.742.986, expedido por SDS/PE, em 26.01.2005, CPF/CNPJ nº 884.647.684-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MILDETE GOMES DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima MILDETE GOMES DA SILVA e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: empresária

Renda Mensal: R\$: recusa

Documentos comprobatórios: HABILITAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



Rossana Ligia Fernandes Dantas

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





CERTIDÃO

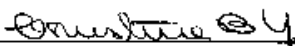
Nº. 1024/2016

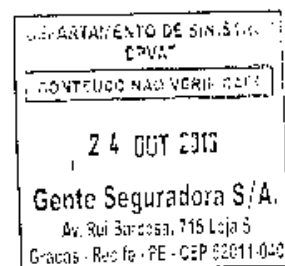
Atendendo solicitação de NILDETE GOMES DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 852257 pertencentes a mesma que foi atendido no dia 14/05/2016 às 19H23min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de segundo metatarso esquerdo. Realizado procedimento de limpeza, sutura, imobilização e medicação.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de julho de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nº: 852257 Atd: Nao Regu
Data: 14/05/2016
Hora: 19:23:58
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA S.
Clinica: URGENCIA *neuromatologia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: NILDETE GOMES DA SILVA
CNS: 209869851920001 Sexo: F IDENTIDADE: 880738 Fone: 93599974
Natural: ALHANDRA/PB Data Nasc.: 31/05/1963 Id: 53 ano(s)
End.: SÍTIO GUAXIDUNBA, SN
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF: PB
Pai: ALUISIO GOMES DA SILVA
Mae: ANTONIA VICENTE DA SILVA

Num. de vezes atendido: 4

Num. Prontuario: 2013.05.000676

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FILHA/HEMELLY
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: CASA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%: 98

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

*Truque em pé esquerdo.
Vítima de atropelamento trazida pelo SAMU que a
ambulância deambulando veio receber, vítima
para de consciência*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*A - VAP com calos e manchas
B - MIO com bilat SIA
C - BERNFSS pulso eufico e um
D - ECG - IS. sup 150 foto
E - Luxação em Tomazelo (E) + FCC em
depo do PR.*

Prescrição

*- Col. Rx de perna e AP+P
Rx Tomazelo e AP+P*

Horario da medicacao

Dr. Rafael Mourato
Médico Cirurgião
CRM/PE - 20.124
CBO - 35130500

FATURADO



#ONTORRUA

#RX: PRESENÇA DE

Fx em 2º MTT E

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

1) CD: 1) LIMPEZA EXAUSTIVA com
SF 0,9% 10L

2) SUTURA + CURATIVO

3) TAZA BOFA

4) RETORNO em 7 dias

5) CEFALOXINA KANG

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

6) TETANOGRAMA

7) CEFALOTINA 2g + ADJ 20V
460na

STAF

DR. JORGE

Qtde | Medicamentos

Dose | Horário | Evolução

Dr. Leonardo Torres
CRM - PE 2022

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferido

☐ Desistência

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030 106 006
030 101 009





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

Aluizio Gomes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVA

CONTEUDO VAO IDENTIFICADO

24 OUT 2016

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Goiânia - Goiás - PE - CEP 74011-040

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 880.738-24 VIA DATA DE EXPEDICAO 06 JUL 1998

NOME: ALUIZIO GOMES DA SILVA

ALUIZIO GOMES DA SILVA

ANTONIA VICENTE DA SILVA

ALHANDRA-PB.

31.05.1963.

Cart. Naso. 1623, Fls. 253-V, liv. A-2,

Cart. de Conde-PB.

380.028.414-68

Assinatura: [assinatura]

LEI Nº 12.727 DE 2008





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CORREY
CONTRATO NO. 0-107-68
24 JUN 1968
Genl. Sargento - S.A.
A.S. - Sargento - S.A.
Sargento - S.A.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160655669 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILDETE GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 14/05/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do pé esquerdo (metatarsos).

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no dorso do pé esquerdo com retração cicatricial, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com limpeza e desbridamento, imobilização, resultado insatisfatório. Não houve complicações neste caso.

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO



Eu NILDETE GOMES DA SILVA
RG 880.738 CPF 380.028.414-68 declaro que após ter sofrido
acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 14/05/2016 fui socorrido por
UMA AMBULÂNCIA DO SAMU
e levado ao Hospital TARCÍSIO BURITY (ORTOTRAUMA MANGABEIRA)

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC-005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção:

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado;

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:



Falsidade Ideológica

Gente Seguradora S/A.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante;

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: Abreu e Lima UF Pernambuco Data 16/09/2016

Nildete Gomes da Silva

Declarante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

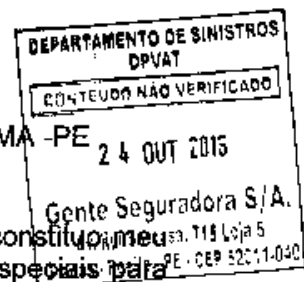


BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: NILDETE GOMES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: AGRICULTORA
Identidade: 880.738 CPF: 380.028.41468
Endereço: SÍTIO GUACHANDUBA S/N. AREA RURAL
CONDE/PB. CEP: 58322-000.

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: AV. JOAQUIM NABUCO, Nº 200, TIMBO, ABREU E LIMA - PE



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o de sua liquidação, dando por fiel cumprimento deste Mandato.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

C. Pedro Alves

Conde 26/08/2016
Local e data

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

