

---

**Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200002754**

**Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO**

**Data do Acidente: 30/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO**

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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200002754                      Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Data do Acidente: 30/09/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002754

Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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: **ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004752**

Conta: **0000015682-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200002754 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO **Data do acidente:** 30/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA.

**Descrição do exame físico:** BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO DIREITO ASSOCIADO A EDEMA RESIDUAL E ATROFIA MUSCULAR MODERADA.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA.  
NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.  
RECEBEU ALTA MÉDICA EM 30/09/2019.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200002754  
Nome do(a) Examinado(a): Andreza Karla de Oliveira Celestino  
Endereço do(a) Examinado(a): Si Salobro, 77  
Zona Rural Riacho das Almas PE CEP: 55120-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SEM DOCUMENTO / ]  
Data local do acidente: [ 30/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 20/01/2020 ] GOIANA [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR EM OMBRO DIREITO GRAU III**

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

**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 30/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR EM OMBRO DIREITO GRAU III. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**  
**Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR**  
**Data da Alta: 30/09/2019**

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

**AO EXAME DO OMBRO DIREITO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA E FLEXORA DO OMBRO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR (2+/4+), ATROFIA MODERADA DA REGIÃO DO MANGUITO ROTADOR.**

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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

**DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA E FLEXORA DO OMBRO GRAU II**  
**DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 35°**  
**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°**  
**DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°**  
**ATROFIA DA REGIÃO DO MANGUITO ROTADOR.**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 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

- VIII. (\*) 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. Tiago Martins Formiga**  
**CPF - 051.447.734-27**  
**CRM/PB - 8085**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do registro ou NDI: 3 - CPF da vítima: 010.838.734-82 4 - Nome completo da vítima: Andreza Karla de Oliveira Celentino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 441/2012

5 - Nome completo: Andreza Karla de Oliveira Celentino 6 - CPF: 010.838.734-82  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Si. Salobro 9 - Número: 77 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Racho dos Almox 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000  
15 - E-mail: Recusou 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6299

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4752

CONTA: 35682

7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo 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 Líder 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 o futuro resultado da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou netos/netas?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

07/11/2019 15:12:51  
CONVENIO 000628557  
OPERADOR caixa

AGENCIA 4752 - SALGADO  
CONTA 013 00015682-7  
NOMEZA KARLA DE OLIVEIRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

RECEBITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/2

DATA	VALOR
1/11	0,25



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER1/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0154001341**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/11/2019** às **10:28**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **30/9/2019** às **21:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, PRÓXIMO AO SÍTIO SALOBRO, ZONA RURAL DE RIACHO DAS ALMAS-PE - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)  
SANDRO ALVES DE SOUZA (OUTRO)  
ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): **SANDRO ALVES DE SOUZA**

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvida(s)

**ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA CELESTINO Pai: CÍCERO JOSÉ CELESTINO Data de Nascimento: 10/8/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 5676445/SDRPE (RG), 01683873482 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 77, SÍTIO SALOBRO, 77, RIACHO DAS ALMAS-PE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SANDRO ALVES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO 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(s) Sr(a): SANDRO ALVES DE SOUZA, que estava em posse do(s) Sr(a): SANDRO ALVES DE SOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KFG4934** (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: **9C2JC41109R030328**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

## Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO ACIMA CITADA, CONDUZIDA POR SANDRO ALVES DE SOUZA, QUE ESTAVA NA ACADEMIA DAS CIDADES D RIACHO DAS ALMAS-PE, QUANDO SE DESLOCOU PARA SUA RESIDÊNCIA NO SÍTIO SALOBRO JÁ A 1 KM PRÓXIMO A SUA CASA, O CONDUTOR BATEU EM UM CACHORRO ONDE A VÍTIMA CAIU DA MOTO SOBRE O OMBRO A QUAL RELATOU QUE ESTAVA SENTINDO MUITAS DORES SENDO SOCORRIDA POR PESSOAS QUE PASSAVAM NA HORA. A MESMA FOI SOCORRIDA PARA A UNIDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA EM RIACHO DAS ALMAS-PE, RETORNANDO PARA CASA A VÍTIMA PELA MANHÃ NÃO SUPORTANDO AS FORTES DORES NO OMBRO FOI ATÉ A UPA 24 HORAS DE CARUARU-PE, ONDE FOI ATENDIDA COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO ONDE APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE OMBRO DIREITO.

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

ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

(VÍTIMA)

*Andreza Karla de O. Celestino*

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 159.816-3

**Severino Evaldo do Nascimento**  
Comissão Especial de Polícia  
Mat. 159.816-3





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Faixa n(1) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AIA: 3 - CPF da vítima: 010.838.734-89 4 - Nome completo da vítima: Andreza Karla de Oliveira Celestino

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

5 - Nome completo: Andreza Karla de Oliveira Celestino 6 - CPF: 010.838.734-89  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Si. Salobro 9 - Número: 77 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Riacho dos Altos 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55520-000  
15 - E-mail: Recusou 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6299

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 4752

CONTA: 35682

7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo 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 do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou 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 (Assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo 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 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou parentes (além dos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 -

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Riacho dos Altos, 03.01.89

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Andreza Karla de O. Celestino

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

# 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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000015682-7

---

Nr. da Autenticação C231CB9777B26A4C





Prefeitura Municipal de Riacho das Almas

Secretaria de Saúde

# UNIDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

## FICHA DE EMERGÊNCIA

Hora do Atendimento: 11:20

Data 30/09/19

Nº do Registro: \_\_\_\_\_

Nome: Anderson Karla de Oliveira

Sexo: F Data Nasc: 10/08/81 Idade: 38 anos

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Filiação: Maria Aparecida de Oliveira Celestino

Endereço: St. Salgado Cidade: R. das Almas UF: PE

Trazido Por: \_\_\_\_\_

Enfermeira: Retty + Aninha + Antonia Médico: Dr. João Ferraz

História do Doente Atual: Doença crônica (D) a longo prazo

a MIE da cabeça com torção

grande de um lado, com baixa velocidade

Histórico Arterial: ao colidir com os outros

Pulso: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provisório: lesão no

em uso de gesso

Condição: \_\_\_\_\_

Condição: (2) Voltar ao trabalho

Condição: (2) Oprimido ao trabalho

Condição: (3) Curativos

Hora da Liberação do Paciente: \_\_\_\_\_

Condição: (4) Curativos

ANA CORTA E. de G. Borja  
COREN-PE: 486.470-ENF

Assinatura Médico

Dr. João Ferraz  
Médico  
CRM: 17406



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ANAMNESE

Paciente: **ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO**

Nome Social:

Data Nascimento: 10/08/1981

Sexo: Feminino

Idade: 38 Anos, 1 Mês e 21 Dias

Atendimento: 01284946

Prontuário: 00454230

Senha N.º: 0038

Data e Hora: 01/10/2019 10:50h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR EM OMBRO DIREITO APÓS TRAUMA ONTEM À NOITE

Alergia:

Observação: NEGA DÍGITAIS E HAS

NEGA ALERGIAS

DOC: RG

### AFERIÇÃO:

Peso:

P.A. Sistólica: PAS: 160 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A. Diastólica: PAD: 80 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

### QPD / RDA:

PACIENTE COM TRAUMA COM OMBRO DIREITO APÓS QUEDA

### Exame Físico:

DOR + EDEMA E LIMITAÇÃO DE ADM; DOR À PALPAÇÃO DA AAC DIREITA, SEM SINAL DA TECLA

### Exames complementares:

RX

### DD:

LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR

### Conduta:

CONSULTA + ORIENTAÇÃO + MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO/ TRATAMENTO CONSERVADOR

### Evolução:

Dr. Oberdan Ribeiro  
CRM - 20544

Ass. do Médico

Dr(a): **OBERDAN RIBEIRO GONÇALVES DE OLIVEIRA**  
CRM - 20544

# RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 30/9/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 30/9/14
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Amanda Kala de Oliveira Brito	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: LAC @	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento conservador de LAC @ Ata 2/10/14	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SE POSITIVO DESCREVER: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1°	Lesão aberta ligamento articular
2°	do condilamento do antebraço interno e externo
3°	com atrofias musculares anteriores e posteriores
4°	com perda de força para sustentação do membro
5°	75% - Crânio

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 dias A 11/10/14 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
Assinatura	9/10/14	Assinatura e carimbo



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.676.445 16/01/2017

«« ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO »»

«« CÍCERO JOSÉ CELESTINO »»

«« MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA CELESTINO »»

CARUARU - PE 10/08/1981

«« 07.5530 01 55-1981 1 00013 255 »»

0016603 92 CARUARU - PE »»

Ass. Rubens C. S. Amorim

1516 1 1000 10000 10000

101 101 101 101 101 101 101 101 101 101



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Nº de inscrição

010838734-82

Data de Nascimento

10/05/81



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

OSTRAN - RE  
Nº 011669606508  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 170052104  
DATA DE EMISSÃO: 2014

ANDRÉ ALVES DE SOUZA

FERNANDA DE SOUZA

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PE N° 011669606508 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANDRÉ ALVES DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvat.gov.br

SAC DPVAT 0800 022 1104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

PLACA: 170052104

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002642/20

**Vítima:** ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

**CPF:** 010.838.734-82

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO : 010.838.734-82**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/01/2020  
Nome: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO  
CPF: 010.838.734-82

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Steffany Carolyn Lins Veloso