Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

05/10/2020

Número: **0031172-25.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **13/07/2020**
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
ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO (AUTOR)	**PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	
JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69052799	05/10/2020 15:41	ANEXO 1	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01969/01970 - carta_01 - INVALIDEZ

00010985

Carta nº 15328942

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00083/00084 - carta_02 - INVALIDEZ

00050042

Carta nº 15334179

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, §1° do art. 3° 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.

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

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

Dr. Tiago Martins Formiga
CPF - 051.447.734-27
CRM/PB - 8085

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou NSI:
3 - CPF da vítima: 010.838.734-82
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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Andreza Karla de Oliveira Celestino
6 - CPF: 010.838.734-82
7 - Profissão: Recursos
8 - Endereço: Sí. Saldanha
9 - Número: 77
10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rurar
12 - Cidade: Riacho das Almas
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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4752 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 15682 7 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 neto(a)/ascendente? ☐ 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do polegar direito ou outro dedo da mão direita

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Riacho das Almas, 03.01.20

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

5/11/2019 15:12:51
CONVENIO 000628557
OPERADOR caixa

AGENCIA 4752 - SALGADO
CONTA 013.00015682-7
NOREZA KARLA DE OLIVEIRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

LANCAMENTOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/2

DATA	VALOR
1/11	0,25

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **30/9/2019** às **21:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE GOITA
64ª CIRCUNSCRICAO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

Qualificação da(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** Documentos: **5676445/SDS/PE (RG), 01683873482 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO 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: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRO ALVES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRO ALVES DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KFG4924** (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
(VITIMA)

Andreza Karla de O. Celestino

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

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

POLICIA [illegible] PERNAMBUCO
DELEGACIA DE [illegible] DE BOITA
64ª CIRCUNSCRIÇÃO

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 010.838.734-82

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Andreza Karla de Oliveira Celestino

6 - CPF: 010.838.734-82

7 - Profissão: Recusou

8 - Endereço: Sí. Saldino

9 - Número: 77

10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rurar

12 - Cidade: Riacho dos Almas

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:

☒ RECUSO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 4752 (informar o dígito se existir) CONTA: 35682-7 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir)

Autorize 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Riacho dos Almas, 03.01.20

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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:

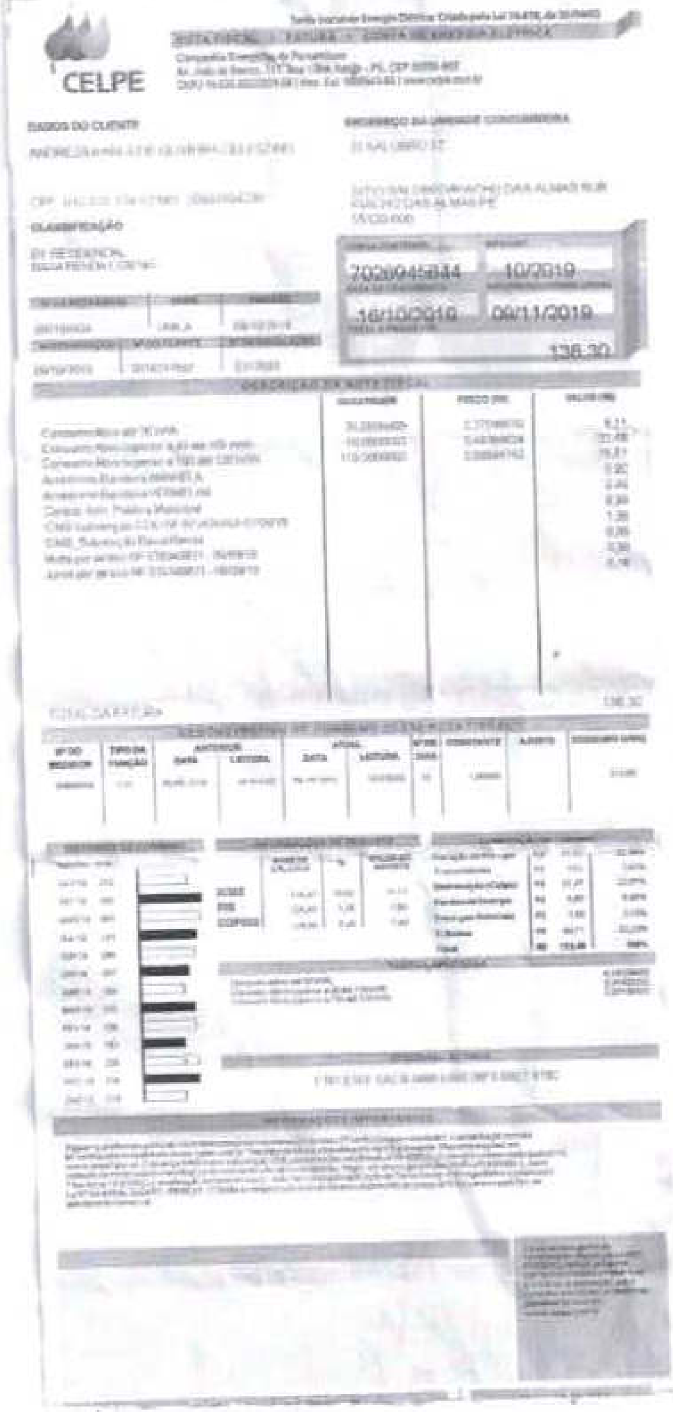
CLIENTE: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000015682-7

Nr. da Autenticação C231CB9777B26A4C



CELPE

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

7026945844

10/2019

16/10/2019

09/11/2019

138,30

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

TOTAL DA FATURA

138,30

Prefeitura Municipal de Riacho das Almas
Secrertaria de Saúde

UNIDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

FICHA DE EMERGÊNCIA

Hora do Atendimento: 21:20 Data 30/09/19

Nº do Registro:

Nome: Andressa 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. Sabaldo Cidade: R. das Almas UF: GO
Trazido Por:
Enfermeira: Betty + Andréa + Antonia Médico: Dr. João Ferraz
História do Doente Atual: Dor em ombro (D) e irradiação em MIE há alguns momentos após queda de moto, em baixa velocidade ao colidir com veículo.
Histórico Arterial: Pulso: Temp:
Diagnóstico Provisório: Mega VB + 10 x dias
Em uso de Ciprofloxacina

Conduta: (1) Voltar com (Enf)
(2) Dipirona + com (Enf)
(3) Encaminhar
(4) Orientações

Hora da Liberação do Paciente:

Ana Lúcia F. de O. Borba
COREN-PE: 486.470-ENF

Assinatura Médico

Dr. João Ferraz
Médico
CRM: 17406

Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO**
Nome Social:
Data Nascimento: 10/08/1981 Idade: 38 Anos, 1 Mês e 21 Dias
Sexo: Feminino

Atendimento: 01284946
Prontuário: 00454230
Senha N.º: **0038**

Data e Hora:01/10/201910:50h

CLASSIFICAÇÃO:
Queixa Principal:PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR EM OMB RO DIREITO APOS TRAUMA ONTEM A NOITE
Alergia:
Observação:NEGA DIA E HAS
NEGA ALERGIAS
DOC: RG

AFERIÇÃO:
Peso: **Altura:** **Temperatura:**
P.A Sistólica: PAS: 160 MMHG **P.A Diastólica:**PAD: 80 MMHG **Freq. Cardiaca:**
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM **HGT:**

QPD / HDA:
PACIENTE COM TRAUMA COM OMBRO DIREITO APÓS QUEDA

Exame Fisico:
DOR + EDEMA E LIMITAÇÃO DE ADM; DOR A PALPAÇÃO DA AAC DIREITA, SEM SINAL DA TECLA

Exames complementares:
RX

HD:
LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR

Conduta:
CONSULTA + ORIENTAÇÃO + MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO/ TRATAMENTO CONSERVADOR

Evolução:

Dr. Oberdan Ribeiro
Traumatologia
CRM PE 20644

Ass. do Médico
Dr(a): **OBERDAN RIBEIRO GONÇALVES DE OLIVEIRA**
CRM - 20644

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianopolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 30/9/19

DATA DO INICIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 30/9/19.

NOME COMPLETO DA VITIMA: Andrezza Karla de Oliveira Martins

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

LAC (D)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento conservador de LAC (D).

Alta 2/10/19.

ALTA MÉDICA? [X] SIM [ ] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? [ ] SIM [X] NÃO
SE POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

[ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[ ] 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°	Paciente apresenta sinais articular, Tendo
2°	de movimentos de rotação interna e externa
3°	com atrofia da musculatura anterior e posterior
4°	com uso de órtese para sustentação do membro.
5°	75% Global

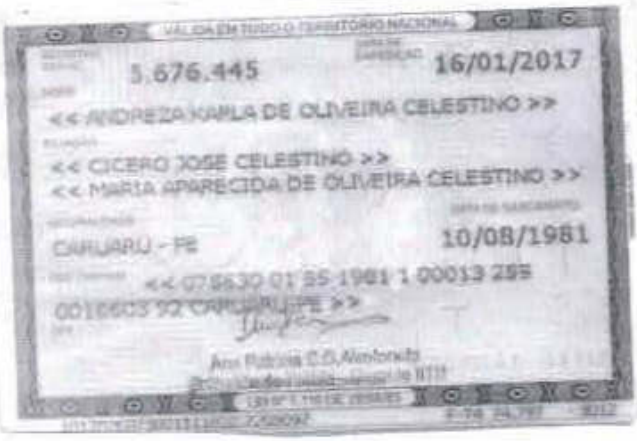
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERIDO DE Outubro A Novembro
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Coronel 9/11/19

local | data | assinatura e carimbo

Scanned by CamScanner


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
EC-5
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.676.445 16/01/2017

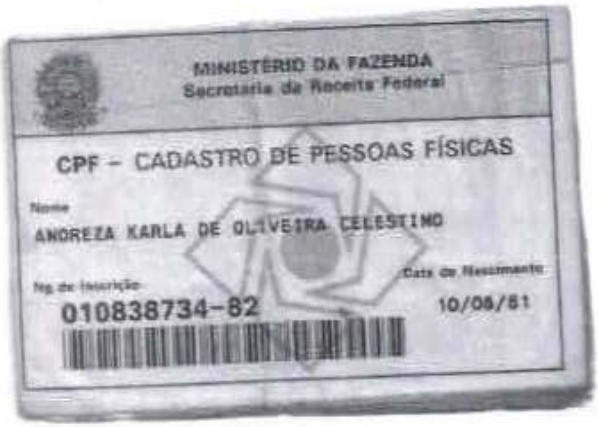
<< ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO >>

<< CICERO JOSE CELESTINO >>
<< MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA CELESTINO >>

CARUARU - PE 10/08/1981

<< 07 5630 01 55 1981 1 00013 255
0016603 92 CARUARU PE >>

Ana Patrícia C.D.Alenbrecht



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Nº de Inscrição
010838734-82

Data de Nascimento
10/06/81

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 01166960508

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

SANDRO ALVES DE SOUZA

CARUARU - PE

HONDA/CG 125 FAN ES

2002 2002

VERMELHA

VENCIDO

SEGURO OBRIGATÓRIO

PE Nº 01166960508 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SANDRO ALVES DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU - PE

HONDA/CG 125 FAN ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE ESTE BILHETE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002642/20

Vítima: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTIN

Data do acidente: 30/09/2019

CPF: 010.838.734-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 03/01/2020	Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO	Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 010.838.734-82	CPF: 115.938.994-24
ANDREZA KARLA DE OLIVEIRA CELESTINO	Steffany Caroliny Lins Veloso