



Número: **0064103-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA CRISTINA DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71080002	16/11/2020 16:51	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, 11 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200285091

Vítima: MARIA CRISTINA DA SILVA

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAUDICEIA CRISTINA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA CRISTINA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16020763

Pag. 01391/01392 - carta_01 - INVALIDEZ

00010696





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, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200285091

Vítima: MARIA CRISTINA DA SILVA

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LAUDICEIA CRISTINA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA CRISTINA DA SILVA

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\$ 675,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **MARIA CRISTINA DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **001**

Agência: **000001771-X**

Conta: **000010005237-1**

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.

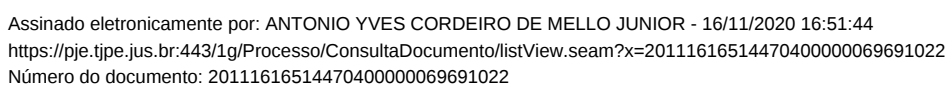
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI -
DP66ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0156000312**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/07/2019** às
09:35

Complementa o BO Número: **19E0156000157**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **24/4/2019** às **14:10**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 071 QUE LIGA
AMARAJI A GHÃ GRANDE, ZONA RURAL - Bairro: ZONA RURAL -
AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA CRISTINA DA SILVA (VITIMA)
JOÃO JACINTO DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA CRISTINA DA SILVA

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

**MARIA CRISTINA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
ANUNCIADA DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ MANOEL DA SILVA FILHO Data de Nascimento:
15/8/1979 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
6115486/SSP/PE (RG), 03758978480 (CPF), 00042145317 (CNH) Estado Civil:
AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, SÍTIO SANTO ANTONIO, ZONA RURAL -
CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOÃO JACINTO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
QUITÉRIA BEZERRA DE MELO SILVA Pai: JOÃO JACINTO DA SILVA Data de Nascimento:
15/8/1983 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
10081308/SDS/PE (RG), 06313378814 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º.
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, SÍTIO SANTO ANTONIO, ZONA RURAL -**



CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA CRISTINA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA CRISTINA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/FIAT/STRADA Objeto apreendido: NÃO
Cor: PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: P0H8523 (PERNAMBUCO/CHA GRANDE) Renavam: 517176787 Chassi: 9BD27269RD7872559
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA MOTORISTA QUE VINHA EM SEU CARRO JUNTAMENTE COM SEU COMPANHEIRO SENTIDO DA CIDADE DE CHÃ GRANDE PARA A CIDADE DE AMARAJI QUANDO NO ENDEREÇO CITADO VIU O CARRO DO IMPUTADO VINDO DESGOVERNADO RODOPIANDO NA PISTA VINDO NA DIREÇÃO DE SEU CARRO INVADINDO SUA MÃO E COLIDINDO DE FRENTE COM SEU AUTOMÓVEL E SE CHOCANDO FORTEMENTE COM O MESMO A PANCADA FOI TÃO FORTE QUE ACIONOL OS EBERGS DE SEGURANÇA NO OUTRO VEICULO SÓ VINHA UMA PESSOA O IMPUTADO QUE NÃO SE MACHUCOU COM GRAVIDAD JÁ O COMPANHEIRO DA MOTORISTA TEVE LESÕES NA COSTELA E A VITIMA MOTORISTA SOFREU FRATURAS EM DOIS DEDOS DO PÉ ESQUERDO ALÉM DE OUTROS FERIMENTOS SENDO SOCORRIDOS POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL E CONDUZIDOS ATÉ O HOSPITAL DE CHÃ GRANDE. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

Maria Cristina da Silva
MARIA CRISTINA DA SILVA
(VITIMA)

JOÃO JACINTO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: EDILSON SANTANA DA SILVA - Matrícula: 220917-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 037586784-80 3 - CPF da vítima: 037586784-80 4 - Nome completo da vítima: Maria Cristina da Silva

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

5 - Nome completo: Maria Cristina da Silva 6 - CPF: 037586784-80
7 - Profissão: Recusou-se Sr. Senhor das Águias 9 - Número: 16 M 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Amaraji 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55515-000
15 - E-mail: (81) 9668-4814 16 - Tel. (DDD):

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1771 X CONTA: 5237 X AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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.

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 (se nasceu)? ☐ 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.

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 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Amaraji, 16/07/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	21/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA CRISTINA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000010005237-1

Nr. da Autenticação FEC6DD608803863C





CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50059-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0705943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA MARIA DA SILVA

CPE 048 361 174 61115 8580500 172

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEVERINO CAETANO DE DEUS 179

CENTRO/CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55638-000

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

4002771298

04/2020

DATA DE VENCIMENTO

DATA PRESTATAÇÃO DE SERVIÇO

09/04/2020

05/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

81,33

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EXERCÍCIO
102660167	0025A	03/04/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE IDENTIFICAÇÃO
03/04/2020	0011050027	005100

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo TUSD até 30 kWh	30.0000000	0.13851890	4.15
Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh	70.0000000	0.23745755	16.62
Consumo TUSD superior a 100 até 320 kWh	41.0000000	0.35618832	14.60
Consumo TE até 30 kWh	20.0000000	0.12745873	2.55
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	70.0000000	0.21850139	15.29
Consumo TE superior a 100 até 320 kWh	41.0000000	0.32775359	13.43

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO S/A
11 AÇO 2020
PROTOCOLO

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
4423871	142	03/04/2020	14875,00	03/05/2020	17307,00	30	1,00000		2432,00

SUBSÍDIO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (kWh)
03/04/2020 - 03/05/2020	2432,00

IMPONIBILIDADE DE PAGAMENTO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	6,00	14,58
PIS	0,65	1,58
COFINS	3,00	7,29

COMPOSIÇÃO DO VALOR CONSUMIDO

	%	VALOR	%
Cobrança de Energia	78	63,45	78,14%
Transmissão	12	9,88	12,14%
Distribuição (Cabo)	10	8,19	10,07%
Perdas de Energia	10	8,19	10,07%
Exercício Anterior	10	8,19	10,07%
Total	100	81,33	100,00%

TAXAS APLICÁVEIS

Imposto de Renda	0,00
Imposto de Renda	0,00
Imposto de Renda	0,00
Imposto de Renda	0,00

RESUMO DO VALOR

Total a Pagar	81,33
---------------	-------

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Observações	
-------------	--





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 Laudiceia Cristina da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 121756304/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Cristina da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 037586784/80

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Maria Cristina da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 037586784/80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Severino C. de Deus</u>	Número: <u>179</u>	Complemento: <u>cara</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Chã Grande</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55636-000</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 9668-4814</u>

Local e Data: Chã Grande, 36/07/20

Laudiceia Cristina da Silva

Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017





HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 24/04/2019 17:3

Atendimento N.: 8.546

ID PAC PAC_152375 33.044	Cartão SUS: 700506776472351	Nome do Paciente: MARIA CRISTINA DA SILVA			
Dt. Nascimento: 15/08/1979	Idade: 39 anos	Sexo: FEMININO	Raça/Cor: PARDO	Tel. Contato: () -	Tel. Contato: () -
Nome do Pais: MARIA ANUNCIADA DA CONCEIÇÃO			Observações 0		
Endereço: SÍTIO SANTO ANTONIO 0 AMARAJI					

ANTROPOMETRIA

PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m MASSA: _____

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

P.A.: 140 x 70 mmHg TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl
FREQ. CARD.: _____ bpm SAT. O2.: _____ % ☐ Jejum ☐ Pós-Prandial
FREQ. RESP.: _____ mpm HGT: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS? ☐ QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:

Cenitum por acidente automotivo.

EXAMES FÍSICOS

CG - Bem.

DIAGNOSTICO

CG - Valtaram - 10mg

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

Data do Atendimento:

24/03/19.

Hora: _____

Médico / CRM / Carimbo



Av. 20 de Dezembro - Chã Grande - PE





Nome: MARIA CRISTINA DA SILVA **Nº registro:** 773442
Dt. Nasc.: 15/08/79 - 39 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: MARIA ANUNCIADA DA CONCEIÇÃO **Fone:**
Endereço: SITIO SANTO ANTONIO, nº , ZR. AMARAJI - PE
Data/hora: 26/04/2019 - 12:38 **Nº pág.:** 1/1
Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

Acidente de Transito - S

ALERGIA: N

QUEIXA PRINCIPAL:

PACT TRANSFERIDA DO HOSPITAL DE CHA GRANDE COM SENHA : 5670609 RELATANDO DOR EM 4º E 5º PDE APÓS COLISÃO CARRO COM CARRO HÁ 2 DIAS

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 70 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
Especialidade: TRAUMATOLOGIA



COREN: 507333
Dra. CINTIA CARINA DA SILVA NEVES

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Nome: MARIA CRISTINA DA SILVA
Dt. Nasc.: 15/08/79 - 39 ano (s)
Mãe: MARIA ANUNCIADA DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 773442
Sexo: Feminino
Fone:

Endereço: SITIO SANTO ANTONIO, nº , ZR. AMARAJI - PE
Data/hora: 26/04/2019 - 12:43
Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

Acidente de Transito - S

ALERGIA: N

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACT TRANSFERIDA DO HOSPITAL DE CHA GRANDE COM SENHA : 5670609 RELATANDO DOR EM 4º E 5º PDE APÓS COLISÃO CARRO COM CARRO HÁ 2 DIAS

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

trauma em 4 e 5 dedos pé esq
rx frat 4 e 5 pdd sem desvio
cond adesivo

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 70 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S92 - FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO) | NOTA

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:



CRM: 16179
Dr. JOSE GUSTAVO FREITAS CARVALHO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.846.367

14/11/2013

DATA DE EMISSÃO

NAME

<< LAUDICÉIA CRISTINA DA SILVA >>

Próprio

<< JOÃO JACINTO DA SILVA FILHO >>

<< MARIA CRISTINA DA SILVA >>

NATURALIDADE

GRAVATÁ - PE

DATA DE NASCIMENTO

08/03/1997

DATA ORDEM

<< CN.18345 L.18A F.54 CART.AMARAJI -

PE 19.10.2001 >>

CPF

121.756.304-04

150 59176 - 3012

COMPREV

COMPREV VIDE F. PREVIDÊNCIA SIA

11 AGO 2020

PROTOCOLO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÃES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013136947303
VIA - COD RENAVAM 1 517170787
ENTRADA 2017

MARIA CRISTINA DA SILVA

CHA GRANDE-PE

037.586.784-80

PLACA PGH8523

CHASSI 98D27608RD7572559

ESPECIE TIPO CAR CAMINHONETE/ABR/C

MARCA/MODELO FIAT/STRADA TREK CE 1.6

CATEGORIA 0.68T/117CV/160

COMBUSTIVEL GASOL

ANOS 2012 2013

COPIA DO DOMICÍLIO PRATA

COTA ÚNICA 19

IPVA 2017 QUITADO

TAXA DE LICENÇA 20

PREMIO ANUAL (R\$) 101 (R\$) 101

PREMIO TOTAL (R\$) 101

DATA DE PAGAMENTO 07/06/17

SEGURO FATORO DE RIGATOINIO

SEM RESERVA VEIC ADAP P/ 03 PASSAGEIROS

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 013136947303 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA CRISTINA DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1206

CHA GRANDE-PE

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 07/06/17

PLACA PGH8523

RENAVAM 517170787

FIAT/STRADA TREK CE 1.6

ANO FAIXA 2012 10

98D27608RD7572559

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO ANUAL (R\$) 101 (R\$) 101

CUSTO DO BILHETE (R\$) 101 (R\$) 101

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 07/06/17

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.208.008/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. PERDAO P. DE PORTE ORIGINARIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200285091 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CRISTINA DA SILVA **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ
ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: Maria Cristina da Silva

portador(a) do documento de identidade nº: 6115486, expedido por SSP/PE, em 09/04/14, inscrito no CPF sob o nº: 037586784-80,

residente: Sl Ninho das Águas, nº: 16M complemento: casa
Bairro: Rural, cidade: Amaraji, Estado PE.

2. OUTORGADO: Audiceia Cristina da Silva

portador(a) do documento de identidade nº: 9846367, expedido por SDS/PE, em 14/11/13, inscrito no CPF sob o nº: 121756304-04,

residente: R. Severino C. de Deus, nº: 179 complemento: casa
Bairro: Centro, cidade: Chã Grande, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

Maria Cristina da Silva Acidente ocorrido no dia 26/04/19, do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

Chã Grande 31 de 07 de 2019

OUTORGANTE: Maria Cristina da Silva

(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223660/20

Vítima: MARIA CRISTINA DA SILVA

CPF: 037.586.784-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA CRISTINA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LAUDICEIA CRISTINA DA SILVA : 121.756.304-04

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

MARIA CRISTINA DA SILVA : 037.586.784-80

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

Data da apresentação: 11/08/2020
Nome: LAUDICEIA CRISTINA DA SILVA
CPF: 121.756.304-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

LAUDICEIA CRISTINA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

