



Número: **0019845-83.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA (AUTOR)		DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)		CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70870713	11/11/2020 15:55	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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723616

Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAELA DO NASCIMENTO 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, 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,

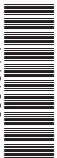
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15314153

Pag. 01547/01548 - carta_01 - INVALIDEZ

00010774





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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723616

Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAELA DO NASCIMENTO 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\$ 3.375,00

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\$ 3.375,00

Recebedor: **RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000000325-5**

Conta: **0000057230-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(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: 082.032.354-33 4 - Nome completo da vítima: Rafaela do Nascimento 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: Rafaela do Nascimento Silva 6 - CPF: 082.032.354-33
7 - Profissão: aux. de cozinha 8 - Endereço: Rua das Prazeres 9 - Número: 227 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Areal 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50860-240
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): (81) 98801-5010

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PARCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0325 5 CONTA: 57.230 6
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro (vivascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 18 de dezembro de 2019.

Rafaela do Nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0102004222

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/12/2019 às
16:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 10/8/2019 às 17:50

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1 - Bairro: AREIAS -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MOTOTAXISTA (OUTRO)
RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): MOTOTAXISTA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

**RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MÔNICA DO NASCIMENTO SILVA Pai: ISRAEL JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento:
16/8/1988 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7741817/SDS/PE
(RG). 98203235433 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AUXILIAR DE COZINHA Telefones Celulares:
- 983546972**

**Endereço Residencial: RUA PRAZERES, 227, CASA-A - CEP: 55000-000 - Bairro: AREIAS -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MOTOTAXISTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / NÃO INFORMADO / CAMARÕES Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO**



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

VEÍCULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOTAXISTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOTAXISTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP A SRA. RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA, NOTICIANDO QUE SOLICITOU OS SERVIÇOS DE UM MOTOTAXISTA, ESTE CONDUZIA O VEÍCULO 1 E NO MEIO DO TRAJETO FOI ATINGIDO PELO VEÍCULO 2, TORNANDO SUA QUEDA INEVITÁVEL. FOI ATENDIDA POR UMA VIATURA DO SAMU, DIRECIONADA PARA A UPA DA CAXANGÁ, POSTERIORMENTE REDIRECIONADA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E DE LÁ TRANSFERIDA PARA A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE, ONDE FOI SUBMETIDA A DUAS CIRURGIAS, UMA EM CADA PÉ. ANTE O EXPOSTO, MESMO O FATO SENDO AFETO À DELEGACIA DE AFOGADOS, VEN A ESTA INFORMÁ-LO.

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

Rafaela DO NASCIMENTO SILVA
XRAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
(VITIMA)

Rafaela DO NASCIMENTO SILVA

B.O. registrado por: MARCILIO GOMES DA FONSECA - Matrícula 05283198-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(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: 082.032.354-33 4 - Nome completo da vítima: Rafaela do Nascimento 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: Rafaela do Nascimento Silva 6 - CPF: 082.032.354-33
7 - Profissão: aux. de cozinha 8 - Endereço: Rua das Prazeres 9 - Número: 227 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Areal 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50860-240
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): (81) 98801-5010

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PARCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0325 5 CONTA: 57.230 6
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro (vainascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 18 de dezembro de 2019.

Rafaela do Nascimento Silva

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 CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00325-5

CONTA: 000000057230-6

Nr. da Autenticação C478ED588DB7A7B1



HONDA
Consórcio



CTC RECIFE PE PL1

RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
R DOS PRAZERES, 227 CASA
AREIAS
50860-240 RECIFE PE



7213343637208030000000346530010719

Data da postagem 01/07/19

TGS0003465





MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOI

FATURA DE
JUL/2019

CÓDIGO MINHA OI
401737543654

VENIMENTO
02/08/2019

Exatidão em 11/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 000000000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial
da Oi. Ela está 24h por dia
disponível pra ajudar você.
Precisa da sua conta
ou de um suporte técnico?
Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85



OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS

CNPJ: 089.787.854-01

NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413

NÚMERO DA FATURA: 219159434

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 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 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 Anderson Luena de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 744.252.874 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rafaela do Nascimento Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.032.354 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Rafaela do Nascimento Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.032.354 / 33, 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>Rua Dr Adeliño Filho</u>	Número: <u>408</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Estância</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: _____
E-mail: _____	CEP: <u>50781-025</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 18 de dezembro de 2019.

Anderson Luena de Oliveira Junior
Assinatura do Declarante





Nome: 248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
Sexo: FEMININO Contatos: / 81-984459040
Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA
Endereço: RUA PRAZERES, 227 - AREIAS - RECIFE/PE - CEP: 50860240

Data do Atendimento: 10/08/2019
Prontuário: 00248324
Nº Atendimento: 01331595
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SÁBADO, 10 DE AGOSTO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HGV TRAUMATOLOGIA

SENHA: 5746124

QP:

paciente trazida pelo samu com relato de QUEDA DE MOTO . REFERE DOR EM AMBOS OS PÉS, em: 10/08/19 18:27

EVOLUÇÃO:

CORTE CONUSO EM 5º PDD

Dr. Exi Araújo Gomes
Médico
CRM: 22517 - PE

MEDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
Idade: 31a 0m 4d **Nascimento:** 16/08/1988
Sexo: FEMININO **Contatos:** / 81-984459040
Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA **Endereço:** RUA PRAZERES, 227 - AREIAS - RECIFE/PE - CEP: 50860240

Data do Atendimento: 10/08/2019
Prontuário: 00248324
Nº Atendimento: 01331595
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA EXPOSTA DE 5º PDD

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOL RX
AINE, em: 10/08/19 18:27
IMOBILIZAÇÃO
TRANSEFERENCIA DE URGENCIA

MÉDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Dr. Eli Araújo Gomes
Médico
CRM: 22517 - PE





Nome: 248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA Idade: 31a 0m 4d Nascimento: 16/08/1988
Sexo: FEMININO Contatos: / 81-984459040
Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA Endereço: RUA PRAZERES, 227 - AREIAS - RECIFE/ PE - CEP: 50860240

Data do Atendimento: 10/08/2019
Prontuário: 00248324
Nº Atendimento: 01331595
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:


paciente trazida pelo samu com relato de QUEDA DE MOTO . REFERE DOR EM AMBOS OS PÉS

EXAME FÍSICO:

EDEMA E ESCORIAÇÃO EM PÉS , TNZ

DIAGNÓSTICO:

TRAUMA EM PÉS


Dr. Eni Araújo Gomes
Médica
CRM: 22517 - PE





Nome: 248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
Sexo: FEMININO Contatos: / 81-984459040
Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA
Idade: 31a 0m 4d Nascimento: 16/08/1988
Endereço: RUA PRAZERES, 227 - AREIAS - RECIFE/PE - CEP: 50860240

Data do Atendimento: 10/08/2019
Prontuário: 00248324
Nº Atendimento: 01331595
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Conduta:

SOL RX
AINE

MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Dr. Eui Araújo Lima
Médico
CRM: 22817 - PE



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo


UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-10 18:16:03

	Nome Paciente:	RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
	Cód. Paciente:	248324
	Data de Nascimento:	16/08/1988
	Sexo:	Feminino
	Idade:	31
	Senha:	OR0036
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1331595	
SAME:		

Período: 2019-08-10 18:16:03 - 2019-08-10 18:19:39

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE COM SAMU RECIFE NOC (665530) PACIENTE VITIM ADE QUEDA DE MOTO NEGA SINCOPE E ÊMESE APRESENTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR EM MMII

Observação: HAS-
DM-
ALERGIAS-

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - CAPNOGRAFIA: 98.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 87.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 19.00 RPM
- GLICOSE: 92.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: ELIZANGELA MONTEIRO DA ROCHA BARBOSA - COREN: 011990 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-08-21 12:22:12





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a paciente **RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA**, prontuário nº **857267**, admitida neste hospital em 11/08/2019 com diagnóstico de Fratura de calcâneo esquerdo + Fratura do 5º pododáctilo do pé direito, sendo submetida a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 14/08/2019.

Recife, 06 de Novembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:126124 Prontuário:857267 Data de Nascimento:16/08/88 Idade:30 ANO(S)
Nome do Paciente:**RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA** Sexo:Feminino
Nome da Mãe:MONICA DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 08203235433

Data: 13/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S920 - FRATURA DO CALCÂNEO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito CÓDIGO: 0408050535 / 0408050713

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito + Osteotomia + Exploração Articular CÓDIGO:0408050535 / 0408050713 / 0408060190 / 0408060123

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÔRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 24/10/2019 12:44:45.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:126124 Prontuário:857267 Data de Nascimento:16/08/88 Idade:30 ANO(S)
Nome do Paciente:**RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA** Sexo:Feminino
Nome da Mãe:MONICA DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 08203235433

Data: 13/08/2019

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 24/10/2019 12:44:45.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:126124 Prontuário:857267 Data de Nascimento:16/08/88 Idade:30 ANO(S)
Nome do Paciente:**RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA** Sexo:Feminino
Nome da Mãe:MONICA DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 08203235433

Data: 13/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,24/10/2019-12:41

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Calcâneo Esquerdo + Fratura do 5º Pododáctilo do Pé Direito + Osteotomia + Exploração Articular
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão lateral do pé;
4. Abordagem por planos;
5. Dissecção por planos e hemostasia. Visualização do foco da fratura, realizado exploração articular a partir de osteotomia(abertura de janela óssea), realizado redução do foco da fratura com aposição de 01 placa p/ calcâneo + parafusos. Verificado boa aposição dos implantes;
6. Limpeza com SF 0,9%;
7. Sutura por planos;
8. Curativo;

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão dorsal;
4. Abordagem por planos;
5. Visualização do foco da fratura;
6. Realizado decorticação + redução cirúrgica da fratura do 5º metatarso.
7. Realizado mini incisão do SMTT, fixação com fio de kirschner;
8. Verificado boa posição dos implantes e boa estabilidade da fratura através de scopia; Realizado manipulação articular;
9. Limpeza com SF0,9%;
10. Sutura;

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 24/10/2019 12:42:05.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:126124 Prontuário:857267 Data de Nascimento:16/08/88 Idade:30 ANO(S)
Nome do Paciente:**RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA** Sexo:Feminino
Nome da Mãe:MONICA DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 08203235433

Data: 13/08/2019

-
- 11. Curativo;
 - 12. RX de controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM:6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 24/10/2019 12:42:05.



anta Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
Idade: 126124 Pront.: 857267
Sexo: Feminino Dt. Nasc.: 16/08/1988
Onc.: RETAGUARDA GETULIO

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1500 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3000 / Email: saca@casasacra.org.br
Site: www.casasacra.org.br

Idade: 31
Admissão: 11/08/2019 13:17 Alta: 14/08/2019 10:28

diagnóstico:

FRATURA EM EM 5 PDE E CALCÂNEO ESQUERDO

volução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S92.0 FRATURA DO CALCÂNEO

Internação:

Inidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
INFARMARIA SÃO LUIZ	11/08/2019 13:17	14/08/2019 10:28	3 dia(s)

Orientação:

-) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
-) Tomar medicação prescrita;
-) Realizar RX
-) Realizar curativo;
-) Não pisar até 2º ordem;

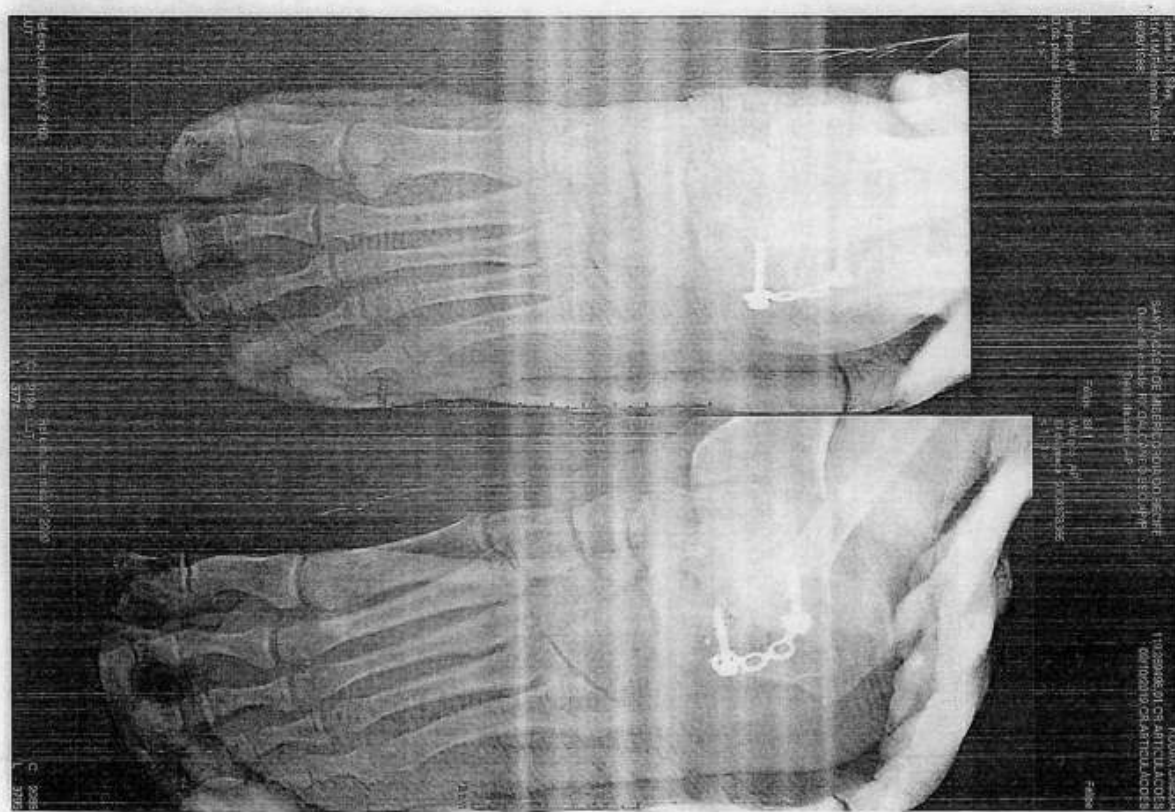
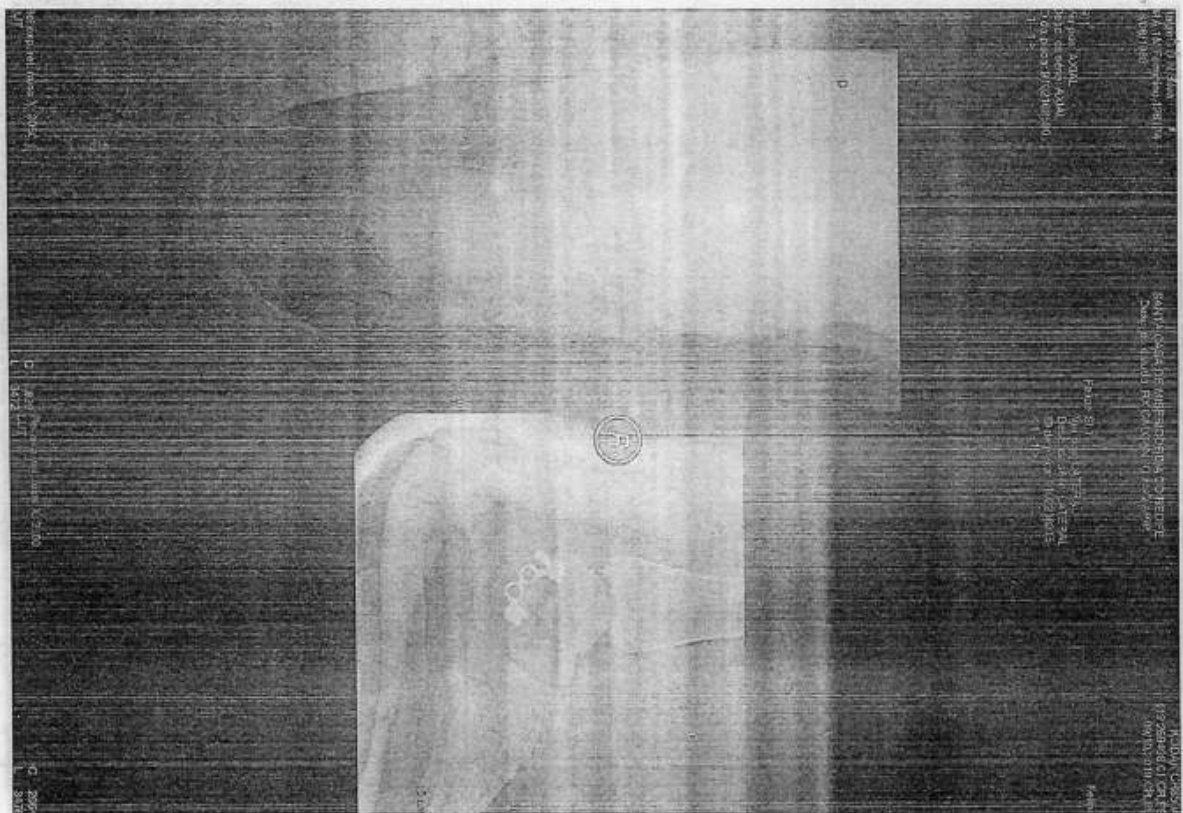
Condição de Alta: Melhorado

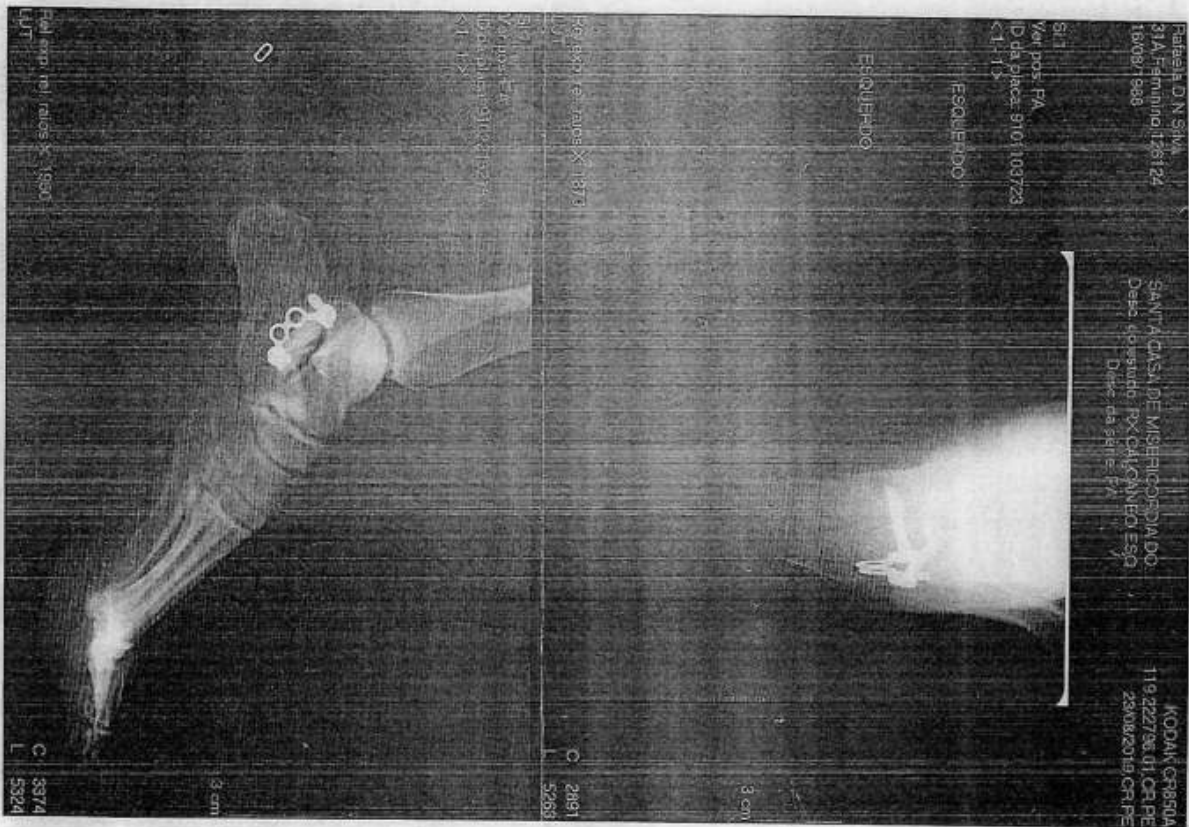
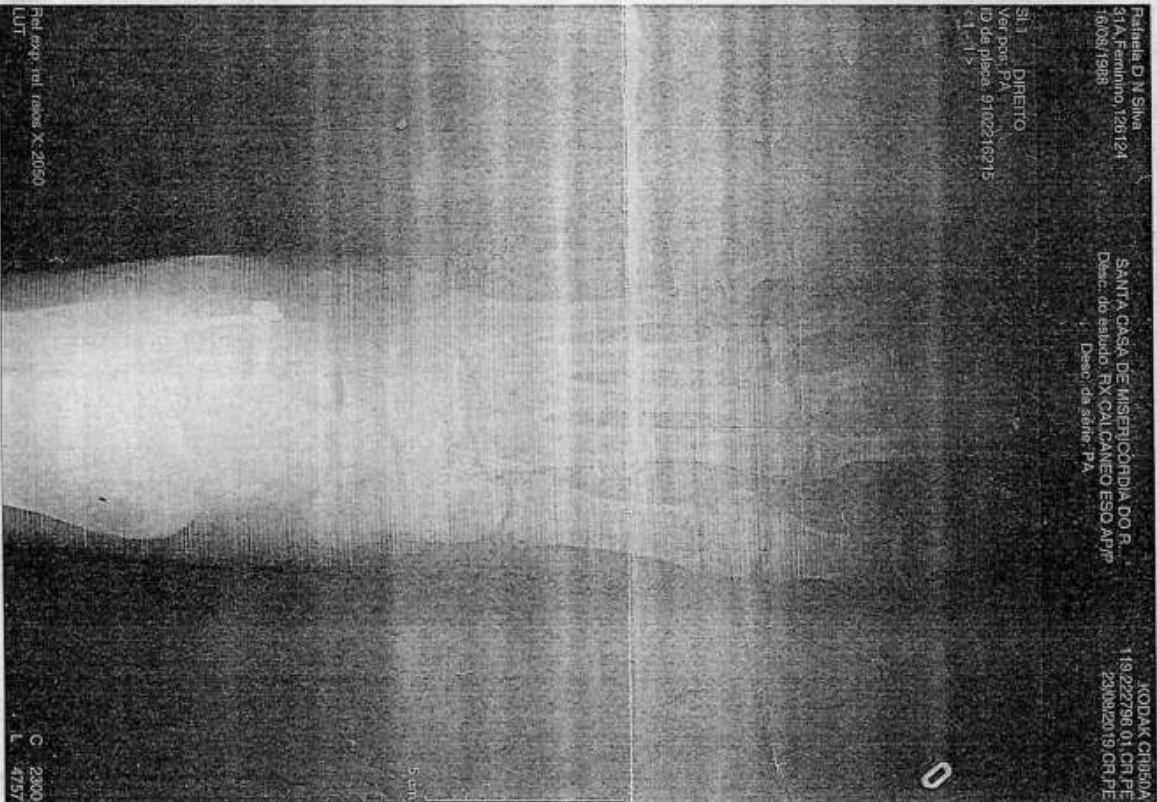
Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 10531









 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

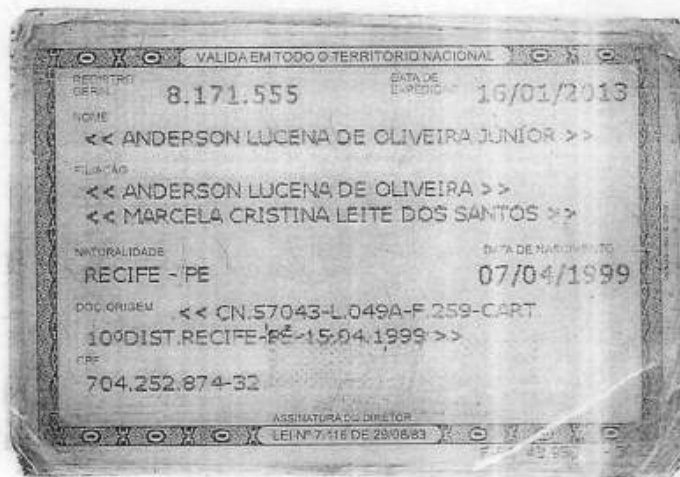


Número
082.032.354-33


Nome
RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Nascimento
16/08/1988





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471923/19

Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 082.032.354-33

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: RAFAELA DO
NASCIMENTO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA : 082.032.354-33

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: 27/12/2019
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:	
Nome:	Rafaela do Nascimento Silva
Nacionalidade:	brasileira
Est. Civil:	solteira
Profissão:	auxiliar de cozinha
Identidade:	7.744.817
CPF:	082.032.354-33
Endereço:	Rua dos Prazeres nº 227 Areias Recife - PE
Cobertura:	Invalidadez
Data do Acidente:	10/08/2019

PROCURADOR:	
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Est.Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO	
Identidade: 8.171.555 SDS/PE CPF: 704.252.874-32	
Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Local e data

AFOGADOS

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
 Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1987
www.cartoriodefogados.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
 que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
 Recife, 13 de dezembro de 2019 14:26:07.

Em testemunho da verdade.

Rafaela do Nascimento Silva
 Sandra Maria Rocha da Oliveira (Esc. Aut.)
 Emul: 85.324.1994 85.040.1987 85.040.1988 85.040.1989 85.040.1990 85.040.1991 85.040.1992 85.040.1993 85.040.1994 85.040.1995 85.040.1996 85.040.1997 85.040.1998 85.040.1999 85.040.2000 85.040.2001 85.040.2002 85.040.2003 85.040.2004 85.040.2005 85.040.2006 85.040.2007 85.040.2008 85.040.2009 85.040.2010 85.040.2011 85.040.2012 85.040.2013 85.040.2014 85.040.2015 85.040.2016 85.040.2017 85.040.2018 85.040.2019 85.040.2020 85.040.2021 85.040.2022 85.040.2023 85.040.2024 85.040.2025 85.040.2026 85.040.2027 85.040.2028 85.040.2029 85.040.2030 85.040.2031 85.040.2032 85.040.2033 85.040.2034 85.040.2035 85.040.2036 85.040.2037 85.040.2038 85.040.2039 85.040.2040 85.040.2041 85.040.2042 85.040.2043 85.040.2044 85.040.2045 85.040.2046 85.040.2047 85.040.2048 85.040.2049 85.040.2050 85.040.2051 85.040.2052 85.040.2053 85.040.2054 85.040.2055 85.040.2056 85.040.2057 85.040.2058 85.040.2059 85.040.2060 85.040.2061 85.040.2062 85.040.2063 85.040.2064 85.040.2065 85.040.2066 85.040.2067 85.040.2068 85.040.2069 85.040.2070 85.040.2071 85.040.2072 85.040.2073 85.040.2074 85.040.2075 85.040.2076 85.040.2077 85.040.2078 85.040.2079 85.040.2080 85.040.2081 85.040.2082 85.040.2083 85.040.2084 85.040.2085 85.040.2086 85.040.2087 85.040.2088 85.040.2089 85.040.2090 85.040.2091 85.040.2092 85.040.2093 85.040.2094 85.040.2095 85.040.2096 85.040.2097 85.040.2098 85.040.2099 85.040.2100 85.040.2101 85.040.2102 85.040.2103 85.040.2104 85.040.2105 85.040.2106 85.040.2107 85.040.2108 85.040.2109 85.040.2110 85.040.2111 85.040.2112 85.040.2113 85.040.2114 85.040.2115 85.040.2116 85.040.2117 85.040.2118 85.040.2119 85.040.2120 85.040.2121 85.040.2122 85.040.2123 85.040.2124 85.040.2125 85.040.2126 85.040.2127 85.040.2128 85.040.2129 85.040.2130 85.040.2131 85.040.2132 85.040.2133 85.040.2134 85.040.2135 85.040.2136 85.040.2137 85.040.2138 85.040.2139 85.040.2140 85.040.2141 85.040.2142 85.040.2143 85.040.2144 85.040.2145 85.040.2146 85.040.2147 85.040.2148 85.040.2149 85.040.2150 85.040.2151 85.040.2152 85.040.2153 85.040.2154 85.040.2155 85.040.2156 85.040.2157 85.040.2158 85.040.2159 85.040.2160 85.040.2161 85.040.2162 85.040.2163 85.040.2164 85.040.2165 85.040.2166 85.040.2167 85.040.2168 85.040.2169 85.040.2170 85.040.2171 85.040.2172 85.040.2173 85.040.2174 85.040.2175 85.040.2176 85.040.2177 85.040.2178 85.040.2179 85.040.2180 85.040.2181 85.040.2182 85.040.2183 85.040.2184 85.040.2185 85.040.2186 85.040.2187 85.040.2188 85.040.2189 85.040.2190 85.040.2191 85.040.2192 85.040.2193 85.040.2194 85.040.2195 85.040.2196 85.040.2197 85.040.2198 85.040.2199 85.040.2200 85.040.2201 85.040.2202 85.040.2203 85.040.2204 85.040.2205 85.040.2206 85.040.2207 85.040.2208 85.040.2209 85.040.2210 85.040.2211 85.040.2212 85.040.2213 85.040.2214 85.040.2215 85.040.2216 85.040.2217 85.040.2218 85.040.2219 85.040.2220 85.040.2221 85.040.2222 85.040.2223 85.040.2224 85.040.2225 85.040.2226 85.040.2227 85.040.2228 85.040.2229 85.040.2230 85.040.2231 85.040.2232 85.040.2233 85.040.2234 85.040.2235 85.040.2236 85.040.2237 85.040.2238 85.040.2239 85.040.2240 85.040.2241 85.040.2242 85.040.2243 85.040.2244 85.040.2245 85.040.2246 85.040.2247 85.040.2248 85.040.2249 85.040.2250 85.040.2251 85.040.2252 85.040.2253 85.040.2254 85.040.2255 85.040.2256 85.040.2257 85.040.2258 85.040.2259 85.040.2260 85.040.2261 85.040.2262 85.040.2263 85.040.2264 85.040.2265 85.040.2266 85.040.2267 85.040.2268 85.040.2269 85.040.2270 85.040.2271 85.040.2272 85.040.2273 85.040.2274 85.040.2275 85.040.2276 85.040.2277 85.040.2278 85.040.2279 85.040.2280 85.040.2281 85.040.2282 85.040.2283 85.040.2284 85.040.2285 85.040.2286 85.040.2287 85.040.2288 85.040.2289 85.040.2290 85.040.2291 85.040.2292 85.040.2293 85.040.2294 85.040.2295 85.040.2296 85.040.2297 85.040.2298 85.040.2299 85.040.2300 85.040.2301 85.040.2302 85.040.2303 85.040.2304 85.040.2305 85.040.2306 85.040.2307 85.040



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723616 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO CALCANHAR ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

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 MODERADA DO CALCANHAR
ESQUERDO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 7.

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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471923/19

Vítima: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 082.032.354-33

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA : 082.032.354-33

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: 27/12/2019
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

