



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) CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70870 713	11/11/2020 15:55	<u>ANEXO 1</u>	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, 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 15314153

Pag. 01547/01548 - carta_01 - INVALIDEZ



00010774



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 1

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**

Pag. 01467/01468 - carta_15R - INVALIDEZ



00020734

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, retorno 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 2



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:	4 - Nome completo da vítima:	
	082.032.354-33	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:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
aux de cozinha	Rua das Prazeres	227	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Aruas	Recife	PE	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:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco do Brasil	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 0325	
AGÊNCIA: (Inserir o dígito se existir)	CONTA: (Inserir o dígito se existir)	CONTA: 57.230	6 (Inserir 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? Sim	31 - Vítima teve irmãos? Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim
Não			Não	Não	Falecidos:	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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0102004222

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MOTOTAXISTA (OUTRO)
RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): MOTOTAXISTA
VEICULO: (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: 18/8/1988 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7741817/SDS/PE (RG). 08203235433 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. 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 (VEÍCULO) 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 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/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 Nas. Silva
 RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
 (VITIMA)

Rafaela Do Nas. Silva
 B.O. registrado por: MARCILIO GOMES DA FONSECA - Matrícula: 88188-8
 4º USPC





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:	4 - Nome completo da vítima:	
	082.032.354-33	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:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
aux de cozinha	Rua das Prazeres	227	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Aruas	Recife	PE	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:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco do Brasil	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: (Inserir o dígito se existir)	CONTA: (Inserir o dígito se existir)	AGÊNCIA: 0325 (Inserir o dígito se existir)	CONTA: 57.230 (Inserir 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos? Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? Sim	Não	31 - Vítima teve irmãos? Sim	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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 7

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

TG510003463



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 8



MARIO

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

FATURA DE
JUL/2019

CÓDIGO MINHA OI
401737543654

VENCTIMENTO
02/08/2019

Emissão em 10/07/2019
Período de 10/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1

MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIAS
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 0000000000 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
CPF: 019.787.854-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413
NÚMERO DA FATURA: 210159434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 9



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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Luene de Oliveira Júnior
inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874 / 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 invalidez 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 no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Dr Adelino Filho</u>	Número:	<u>408</u>	Complemento:	<u>-</u>
Bairro:	<u>Estâncieia</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>CEP: 50781-025</u>
E-mail:	<u>-</u>			Tel.(DDD):	<u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 28 de dezembro de 2019.

Anderson Luene de Oliveira Júnior

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

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

**Hospital Infantil
Maria Lucinda**
Fundação Manoel da Silva Almeida

Idade: 31a 0m 4d Nascimento: 16/08/1988

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. Eraldo Araújo
Dr. Eraldo Araújo
Médico
CRM: 22517 - PE

MEDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

**Hospital Infantil
Maria Lucinda**
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome: 248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA	Idade: 31a 0m 4d	Nascimento: 16/08/1988	Data do Atendimento: 10/08/2019
Sexo: FEMININO	Contatos: 81-984459040		Prontuário: 00248324
Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA	Endereço: RUA PRAZERES , 227 - AREIAS - RECIFE/PE - CEP: 50860240		Nº Atendimento: 01331595
			Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
			Médico: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA EXPOSTA DE 5º PDD

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

SOL RX
AINÉ, em: 10/08/19 18:27
IMOBILIZAÇÃO
TRANSFEENCIAS DE URGENCIA

MÉDICO: MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Dr. Eni Araújo Gomes
Médico
CRM: 2517 - PE





UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	10/08/2019
248324-RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA	31a 0m 4d	16/08/1988	Prontuário:	00248324
Sexo: FEMININO	Contatos: 81-984459040		Nº Atendimento:	01331595
Mãe: MONICA DO NASCIMENTO SILVA	Endereço: RUA PRAZERES , 227 - AREIAS - RECIFE/PE - CEP: 50860240		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 Aranha Gomes
Médica
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

Conduta:

SOL RX
AINE

MAVINIER OLIVEIRA CRM: Nº 18569

Dr. Cai/Anais/2017
Médico
CRM: 23517 - 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 ÉMESE 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 15



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
Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 16



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	MATRÍCULA
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, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, 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 N° 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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201111555300500000069486463>
Número do documento: 201111555300500000069486463

Num. 70870713 - Pág. 17



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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 18

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

Accidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia 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 antisepsia 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 5MTT, 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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 20

anta Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA
eg.: 126124 Pront.: 857267
exo: Feminino Dt. Nasc.: 16/08/1988
onv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 31
Admissão: 11/08/2019 13:17

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Chá Cabral, 1550 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3000 | Email: atendimento@santacasa.org.br
Site: www.santacasa.org.br

Admissão:

FRATURA EM 5 PDE E CALCÂNEO ESQUERDO

volução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S92.0 FRATURA DO CALCÂNEO

Internação:

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

Orientação:

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

Condição de Alta: Melhorado

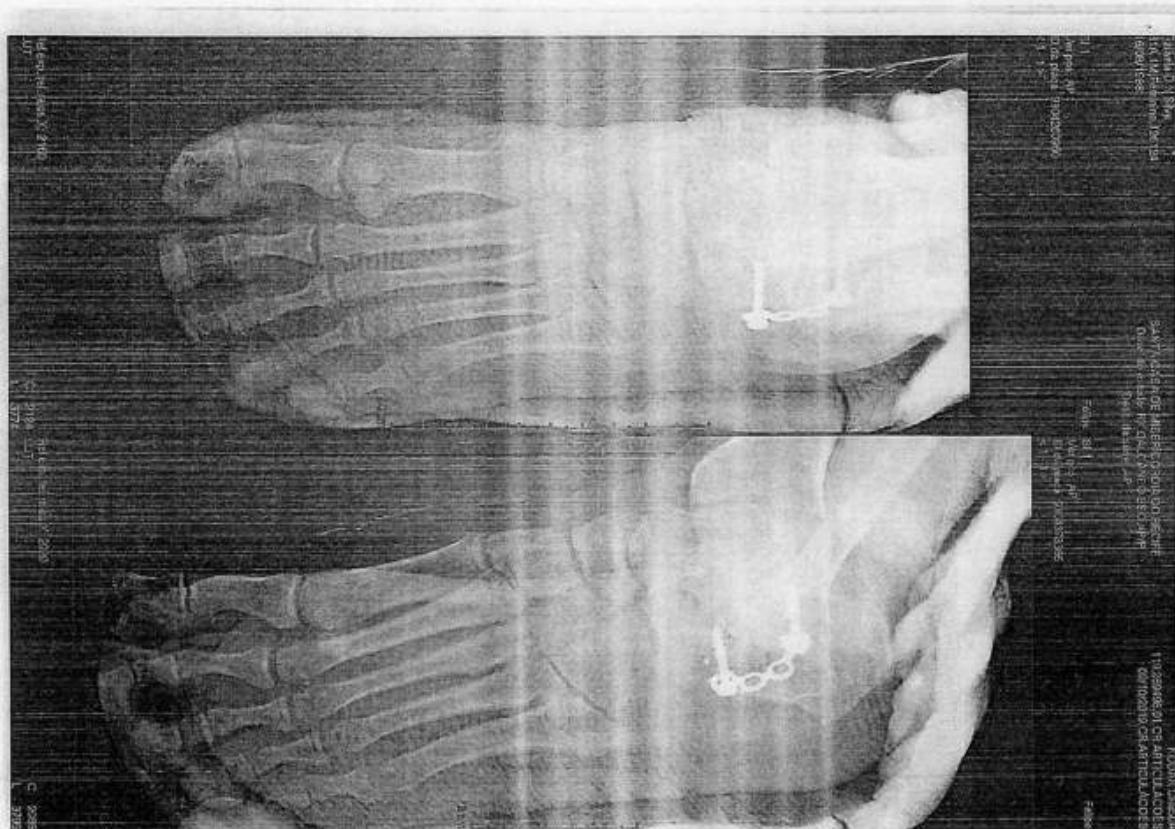
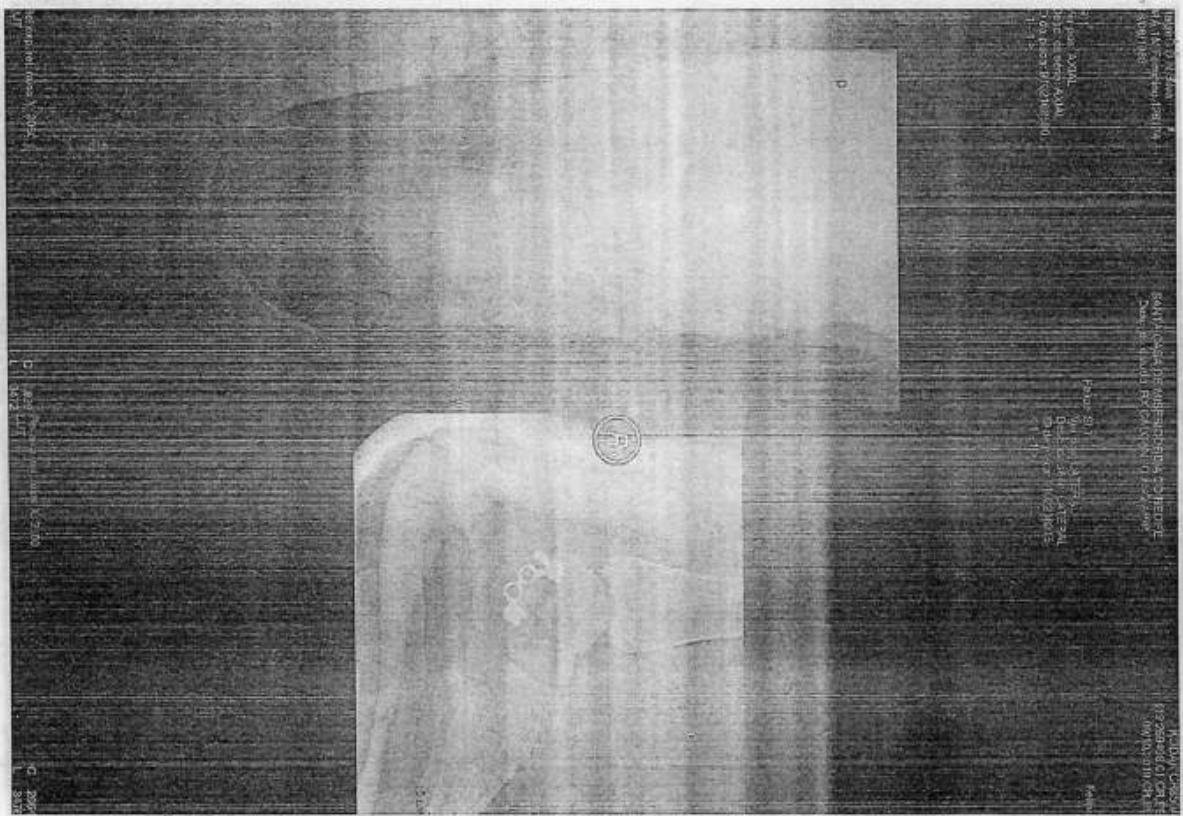
Tipo de Alta: Médica

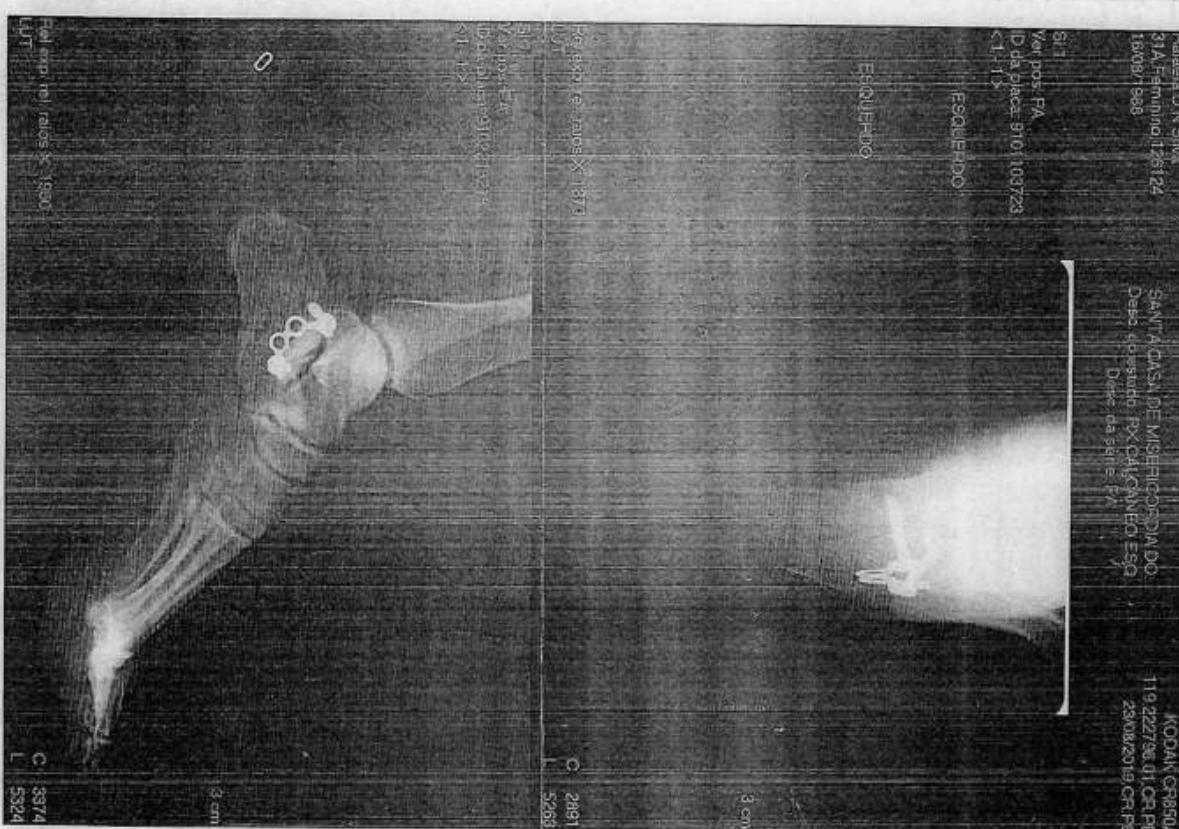
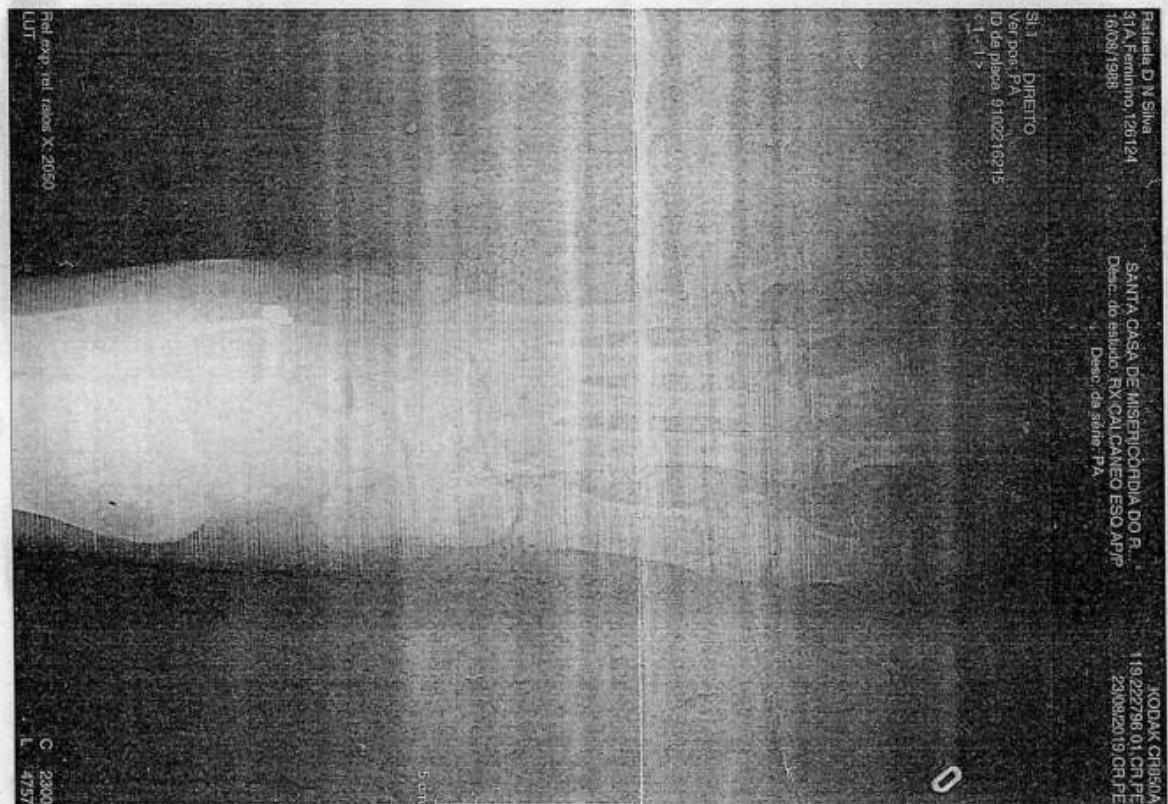
Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

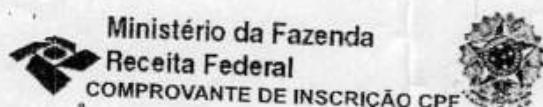
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 10531









Número
082.032.354-33

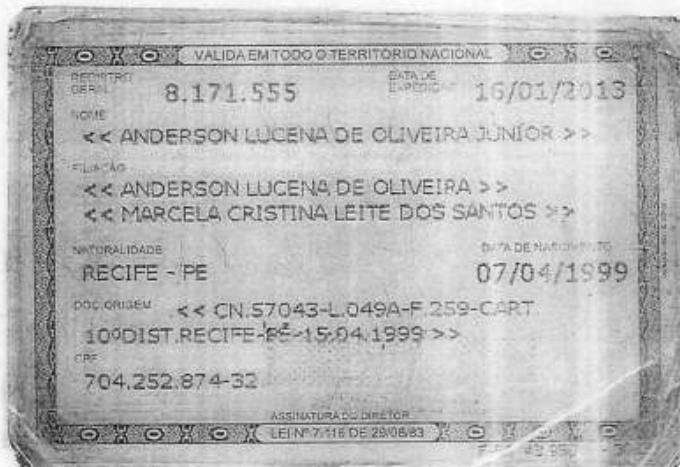
Nome
RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Nascimento
16/08/1988

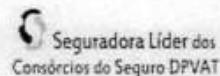


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 24



RECEBIMENTO 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

RAFAELA DO

NASCIMENTO SILVA

CPF de: Próprio

Titular do CPF:

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: Rafaela do Nascimento Silva
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: auxiliar de cozinha
Identidade: 7.741.817 CPF: 082.032.354-33
Endereço: Rua dos Prazeres nº 227 Areias Recife - PE
Cobertura: invalidez 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 Procuraçao, 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, Sinceres 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

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3425-1357
www.cartoriodeafogados.com.br

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

Em testemunha da verdade.
Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Adu.)
Fone: 81 3249 1998 R\$ 0,40 FER/RT 0,40 TERMO R\$ 0,00 JURIS R\$ 0,00 ISS R\$ 0,00 Total R\$ 4,00
Salvo. No 0077503 SEC 11201901 01903



Some 200,000 people are now known to have contracted

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 27

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: RAFAELA DO NASCIMENTO SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAPHAELA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/11/2020 15:55:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115553005000000069486463>
Número do documento: 20111115553005000000069486463

Num. 70870713 - Pág. 29