



09/12/2020

Número: **0848203-79.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERICKA CASSIMIRO DA SILVA (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37630 822	09/12/2020 14:30	2771410_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167386

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO 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, 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 15754081

Pag. 00845/00846 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200167386 Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00903/00904 - carta_03 - INVALIDEZ

00040452



Carta nº 15759445





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, 09 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200167386 Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01413/01414 - carta_03 - INVALIDEZ

00030707



Carta nº 15843266





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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200167386 Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01667/01668 - carta_03 - INVALIDEZ

00050834



Carta nº 15927267





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, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200167386 Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0110101102 - carta_03 - INVALIDEZ

00030551



Carta nº 15958012





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, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167386

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000054846-1

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.

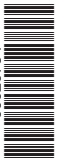
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01467/01468 - carta_15R - INVALIDEZ

00020734





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

046.451.344-85

ELIORA CASSIANO DA SILVA

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

Nome completo:

CPF:

ELIORA CASSIANO DA SILVA

046.451.344-85

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

DEPUTADA

RUA DOM JENS

293

095A

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

SEDI

BAVIA

PR

58.306-060

Tel (DDD):

183/99811-5088

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1911

CONTA:

54846

1

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data:

16/05/2020

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

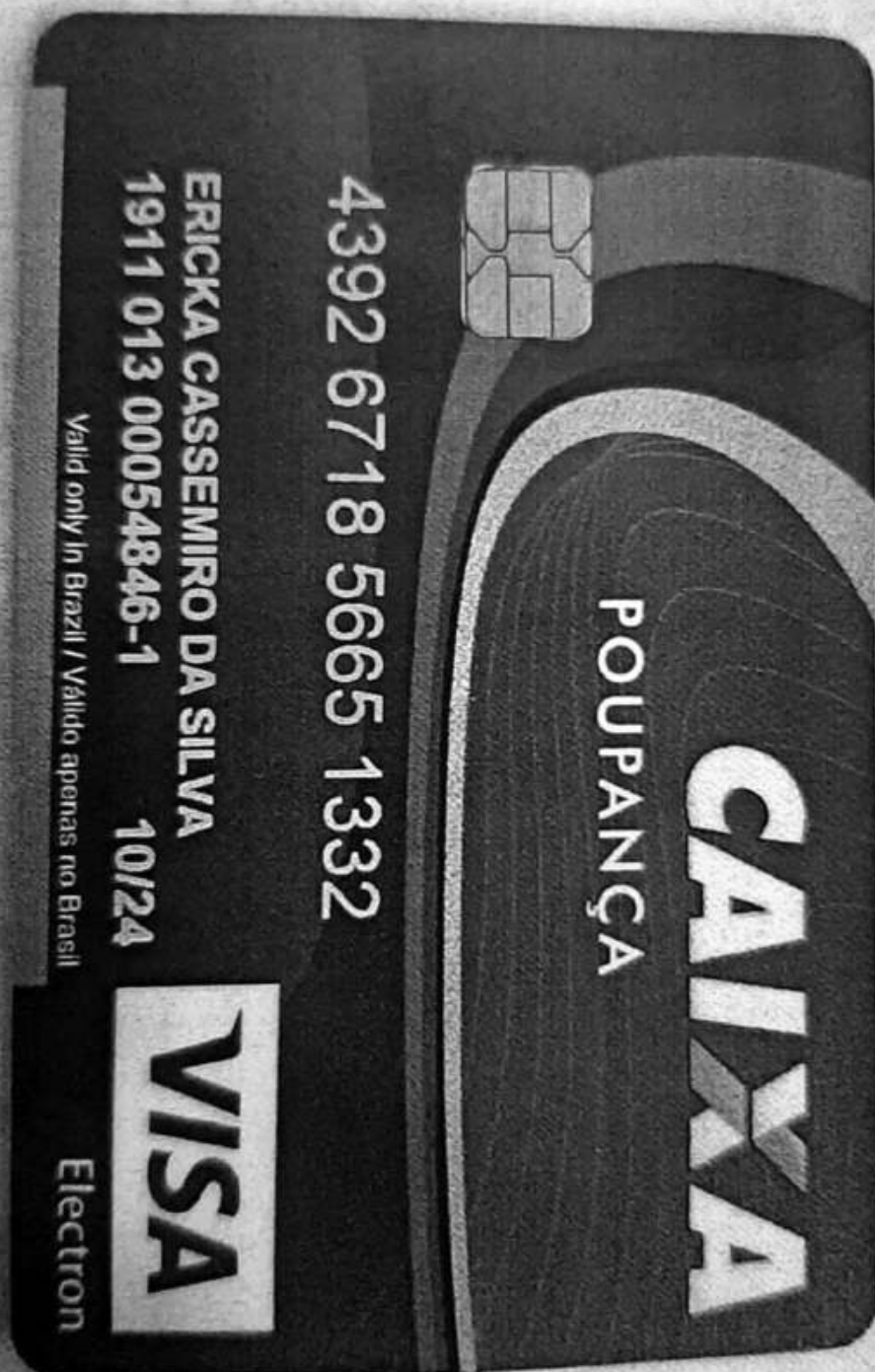
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Digitalizado com CamScanner



Digitalizado com CamScanner





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 018300.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 018300.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 18:21 min do dia 01/05/2020, na Delegacia Online, **Ericka Cassemiro da Silva**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Desempregada, nascido(a) em 20/01/1984, idade 36, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Luciene Cassemiro da Silva e Antonio José da Silva Filho, CPF 046.451.344-85, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bom Jesus, nº 243, bairro Sesi, na cidade de Bayeux/PB. CEP: 58306060, telefone(s) (83) 9 8790-0691, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 17/02/2020 23:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Diogenes Chianca, SESI, Bayeux/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

A NOTIFICANTE, noticiou que sofreu uma queda de moto, no dia: 17/02/2020 às 23:00 horas, no endereço acima mencionado, onde ela se encontrava na GARUPA da moto HONDA/CG 160 FAN, ANO/MOD: 2018/2019, COR: VERMELHA, PLACA: OGAS221/PB, CHASSI: 9C2KC2200KR103391, DE PROPRIEDADE: TARCISIO CUSTODIO DE LIMA, CPF: 540.008.587-34. A mesma relata que estava na garupa da referida moto conduzida por ESTENILDO DOS SANTOS LIMA, CPF: 012.509.274-12, de onde iriam comprar lanches e ao se aproximar da Tambay Motors, quando o condutor foi passar por uma lombada ela se desequilibrou e caiu ao SOLO, com isso o condutor da referida moto junto com moradores vizinhos prestaram atendimentos e acionaram o CORPO DE BOMBEIROS, que ao chegar ao local encaminhou a vítima direto para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA (TRAUMINHA), dando entrada nesta unidade por volta de 01:00 hora da madrugada do dia: 18/02/2020 e que foi atendida por médicos de plantão e após passar por exames foi DIAGNOSTICADA: FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO, com isso foi direcionada direto para o bloco cirúrgico por onde passou por procedimentos e vindo a receber alta no dia: 07/03/2020.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Ericka Cassemiro da Silva
Ericka Cassemiro da Silva

2D6283313B057398FB4AAFCBAD3AF70

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 018300.01.2020.0.00.704 2/2

Digitalizado com CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AGL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

046.451.344-85

ERICKA CASSIANO DA SILVA

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

Nome completo:

ERICKA CASSIANO DA SILVA

CPF:

046.451.344-85

Profissão:

DESEMPREGADA

Endereço:

RUA DOM JENS

Número:

293

Complemento:

015A

Bairro:

SESI

Cidade:

BAVUBA

Estado:

PB

CEP:

58.306-060

E-mail:

Tel (DDD):

83/99811-5088

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

1911

CONTA:

54846

1

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

19/05/2020

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Digitalizado com CamScanner

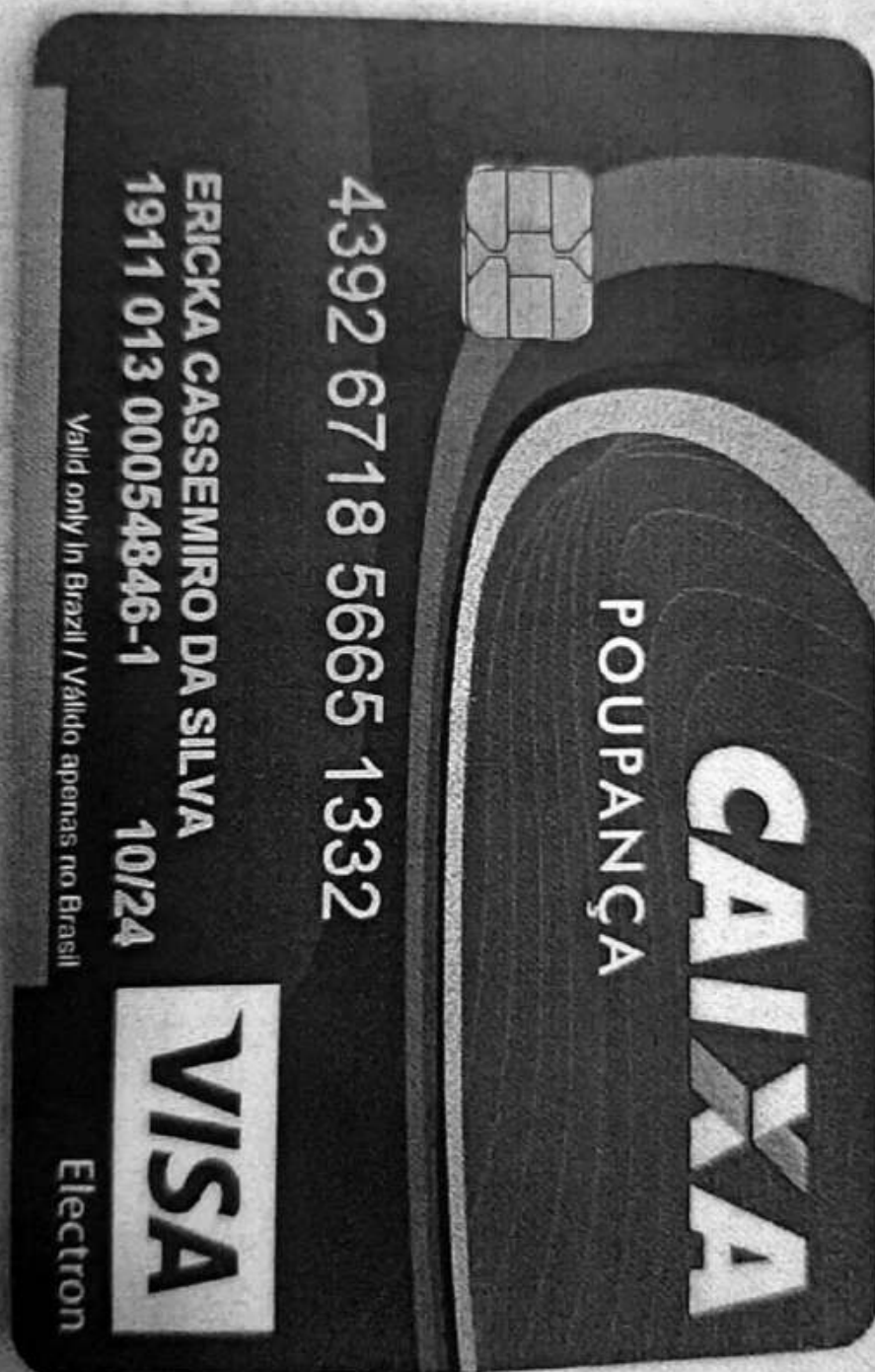


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:30:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914300420500000035901196

Número do documento: 20120914300420500000035901196

Num. 37630822 - Pág. 11



Digitalizado com CamScanner



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:	18/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000054846-1

Nr. da Autenticação 45BB4276E0953D0F



EVANILDO DO NASCIMENTO FERREIRA
RUA BOM JESUS 243 - SESI
BAYEUX / PB CEP: 58308060 (AG 1)

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Fator: 3 - B - 121 - 5000
Medidor: 00006361843
Referência: Jan/2020
Emissão: 08/01/2020



EEG/A A/B/A - DIBIDA DE EEG/A
B 230 K 25 CI EDE - J EA/B - CE 5307 - 950
CJ 09 095 183/1001-40 ICE 18.015 822-0
AFIDA / JCA DE EEG/A EICA 036 324 263
Cód. para Deb. Automático: 00002864973

Atendimento ao cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2020	08/01/2020	05/02/2020	365.050.994-68

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/286497-3**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso, podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!



Ficha Nr: 302757 Atd: Nao Regularo
Data: 17/02/2020
Hora: 02:18:20
Recepcionista: IVANA MARTINS DO NASCIMEI
Clinica: ORTOPEdia

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.02.004923

CNS: 898002989062922 Sexo: F IDENTIDADE: 2766783 Fone: 988893782

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 20/01/1984 Id: 36 ano(s)

Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF : PB

Pai: ANTONIO JOSE DA SILVA FILHO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DONA-DE-CASA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

ESPOSO-ESTENILDO DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

P. procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vítima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispineia

Glicemia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Abd: 028:

☐ Regular ☐ Chocado

Qrixa Principal

[] Vomito

TRAUMA EM MIE.

Observação

PACIENTE ENCAMINHADA DO HEETSHL, CONFORME
PACTUACAO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Ricardo P. Chiracovic
CASA 2004 CNE-PA 523





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Euclides Corrêa da Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>07/03/2020</u>	Cirurgião: <u>Dr. Temístocles Filho</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ex. separata de pulso fibrod (E)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>1º membro</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>1º membro de fr. separata de pulso fibrod (E)</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva: <u>Temístocles de A. R. Filho</u> ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PB: 7618 / TEOT: 15747 / ROE: 5245	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Digitalizado com CamScanner



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Del. em Del. sob guarda
cabeça - ant. regno
aprox. de conj. ant. anti

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 02/12/2020

Transcrição de A. E. P. 100
de 10/12/2020
02/12/2020

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fátima José Costa Duarte, S/N, CEP 02004-004, Marquês de São Vicente - SP





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Digitalizado com CamScanner

Receituário

Paciente: ERICKA CASSEMIRO DA SILVA

Idade: 36

Data: 17/02/2020 00:21:26

Sexo: Feminino

CPF: Não Informado

BAE: 1223479

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA.
APRESENTA EXPOSIÇÃO PUNTIFORME EM TERÇO DISTAL DE PERNA ESQUERDA;
RXS DE PERNA ESQ.: FRATURA DE PILÃO TIBIAL.
CD: PRESCREVO IMOBILIZAÇÃO: CEFALOTINA, 2G, AGORA. ANALGÉSICOS.
CONFORME PACTUAÇÃO ENTRE ORTOTRAUMA E HOSPITAL DE TRAUMA, ENCAMINHO
PACIENTE APÓS LIBERAÇÃO DE DEMAIS CLÍNICAS.

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762



Dr. STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
5762/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Jrestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ERICKA CASSEMIRO DA SILVA	1223479	16/02/2020 22:42:12	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
20/01/1984	36a 28d	Feminino	(83) 987900690
Mãe		CNS	Prontuário
LUCIENE CASSEMIRO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
BOM JESUS, 234	SESI	BAYEUX	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE RAMALHO DA SILVA NETO	77703/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
16/02/2020 22:42:12		17/02/2020 00:45:19	

ANAMNESE

NEUROCIRURGIA ### TCÉ LEVE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA CERVICALGIA, CEFALÉIA DE LEVE INTENSIDADE. APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADA, COLABORATIVA, GLASGOW 15. DIAGNOSTICADA FRATURA EM MIE, ENCAMINHADA PARA TRAUMINHA PELA ORTOPEDIA. CONSCIENTE, ORIENTADA, COLABORATIVA, GLASGOW 15 ISOCÓRICA, RFM +, MOBILIZANDO MEMBROS. # TAC DE CRÂNIO # - SEM LESÕES AGUDAS INTRACRANIANAS # CONDUTA # ALTA DA NEUROCIRURGIA AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

JOSE RAMALHO DA SILVA NETO
(CRM: 77703/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 16/02/2020 22:42:12



20/02/2020
20/02/2020

PHOTO-2020-02-20-10-57-47.jpg

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI917

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Elaine Vasconcelos da Silva

<https://mail.google.com/mail/u/0/?pli=1#inbox/FMfcgxwGDWiwDhDTJRVLzGZgMPRGWih?projector=1&messagePartId=0.1>

1/1

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:30:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914300420500000035901196>

Número do documento: 20120914300420500000035901196

Num. 37630822 - Pág. 24

REGISTRO GERAL

17066783

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME

ERICKA CASSEMIRO DA SILVA

FILIAÇÃO

Antonio José da Silva Filho
Luciene Cassemiro da Silva

BEJEUX-PB.

NATURALIDADE

Cert. de Nasc. 23.915.Fls.130.Iiv.

DOC ORIGEM

22.

DATA DE NASCIMENTO

20.01.1984

CPE

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.180 DE 29/08/83

BRASIL
LIVRE
BRASIL
LIVRE





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

046.451.344-85

Nome

ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Nascimento

20/01/1984



Digitalizado com CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200167386 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA **Data do acidente:** 17/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P2 P4 P5 P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200167386

Data da solicitação: 05/05/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: SUICKA CARDOSO DA SILVA

CPF do beneficiário: 046.451.344-85

Nome do solicitante: O MEU

CPF do solicitante: O MEU

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99811-5088
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO ATRAVÉS DESTA SOLICITAÇÃO QUE O SECTOR REANALISE O MEU PEDIDO (PROCESSO), pois devido essa PANDEMIA NÃO TEMOS CONDIÇÕES DE SOLICITAR A CERTIDÃO + LAUDO MÉDICO, PORÉM O RH DO HOSPITAL ESTÁ FECHADO SEM PREVISÃO DE ABIR E JÁ ENCAMINHEI O LAUDO RESUMO DE ALTA, ONDE CONSTA TODAS AS INFORMAÇÕES SOBRE O MEU PROCEDIMENTO E A MINHA ENTRADA NO HOSPITAL, DE ONDE ESTOU ME SENTANDO PREJUDICADO COM TAL SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS, DE ONDE NÃO TEMO COMO ENVIAR E ALÉM DISSO NÃO POSSO PRECISAR.

DAYVIX, 04/06/2020

Local e Data

Suelio Moreira da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a seu rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Digitalizado com CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130528/20

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

CPF: 046.451.344-85

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERICKA CASSIMIRO DA SILVA : 046.451.344-85

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: 06/05/2020
Nome: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA
CPF: 046.451.344-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

