



Número: **0066310-53.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALINE GONCALVES SANTOS DE LIMA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72756264	18/12/2020 12:13	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, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200305555

Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS

Data do Acidente: 26/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALINE GONCALVES SANTOS

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 16070787

Pag. 00385/00386 - 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, 13 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 320030555

Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS

Data do Acidente: 26/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALINE GONCALVES SANTOS

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: **ALINE GONCALVES SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001038**

Conta: **000008032-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200305555 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS **Data do acidente:** 26/05/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 TORNOZELO DIREITO.

**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





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 ASU: 3 - CPF da vítima: 066.576.964-42 4 - Nome completo da vítima: ALINE GONÇALVES SANTOS

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

5 - Nome completo: ALINE GONÇALVES SANTOS 6 - CPF: 066.576.964-42
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: RUA ANTONIO GONÇALVES DE LIMA 9 - Número: 657 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: STA TEREZA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-070
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 819.9161-3907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 8032 4 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda 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 nº 6.194/74.

Declaro que essa 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 (ou 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 resíduo (ou resíduo): ☐ 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 às aquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 14 DE AGOSTO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





[Assinatura]

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

DATA 26/05/20	HORA 10 : 00	FASE DO DIA ☒ DIA ☐ NOITE	MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF PE
TIPO DE ACIDENTE		SEVERIDADE DA VITIMA DO ACIDENTE	QUANTIDADE	QUANTIDADE DE VÍTIMAS
☒ COLISÃO TRASEIRA ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO TRANSVERSAL ☐ ABALROAMENTO LONGITUDINAL ☐ ABALROAMENTO TRANSVERSAL ☐ CHOQUE ☐ TOMBAMENTO		☐ FATAL ☒ FERIDO ☐ ILESO	02 ☐ SEM DANOS ☐ EVADIDOS	01 CONDUTORES FERIDOS ☐ CONDUTORES MORTOS 01 PASSAGEIROS FERIDOS ☐ PASSAGEIROS MORTOS ☐ PEDESTRES FERIDOS ☐ PEDESTRES MORTOS
☐ CAPOTAMENTO ☐ ENGAVETAMENTO ☐ ATROPELAMENTO DE PEDESTRE ☐ ATROPELAMENTO DE ANIMAL ☐ OUTRO		DIA DA SEMANA		
☐ DOMINGO ☐ SEGUNDA ☒ TERÇA ☐ QUARTA ☐ QUINTA ☐ SEXTA ☐ SÁBADO				
JURISDIÇÃO DA VIA	PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL	DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR		
☐ ESTADUAL ☒ MUNICIPAL	☐ SIM ☒ NÃO ÁREA ☒ URBANA ☐ RURAL			

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente na área demarcada)	IDENTIFICAÇÃO BR 160			
	SENTIDO Itaitama	Nº	KM	METROS
	REFERÊNCIA Em frente ao Av.ramento Brasil			
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)	IDENTIFICAÇÃO			
	SENTIDO	Nº	KM	METROS
	REFERÊNCIA			
	IDENTIFICAÇÃO			
	SENTIDO	Nº	KM	METROS
	REFERÊNCIA			

VIA - MEIO AMBIENTE

SUPERFÍCIE DA PISTA	TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL
☒ SECA ☐ MOLHADA ☐ OLEOSA ☐ INUNDADA ☐ ENLAMEADA ☐ OUTRA	☒ ASFALTO ☐ CONCRETO ☐ PARALELEPÍPEDO ☐ CASCALHO ☐ TERRA ☐ OUTRO	☒ NORMAL ☐ INTERMITENTE ☐ COM DEFEITO ☐ DESLIGADO ☐ INEXISTENTE	☒ BOA ☐ RUIM ☐ INEXISTENTE
CONDIÇÃO DO TEMPO	SITUAÇÃO DA PISTA		CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL
☒ BOM ☐ CHUVA ☐ NEBLINA ☐ OUTRA	☒ BOA ☐ DANIFICADA		☒ BOA ☐ RUIM ☐ INEXISTENTE
		PISTA EM OBRAS	VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA (km/h)
		☐ SIM ☒ NÃO	

CROQUI

Posto BADO

PE 160 SENTIDO CARUARU

PE 160 SENTIDO JATAUBA

Moto-táxi

Av. Antônio Brasil

VISTO

[Assinatura]

SIMBOLOGIA

- 1 AUTOMÓVEL
- 2 ÔNIBUS OU CAMINHÃO
- 3 VEÍCULO DE DUAS RODAS
- 4 VEÍCULO DE TRÊS RODAS
- 5 MARCHA À FRENTE
- 6 MARCHA À RÉ
- 7 ANTES DO ACIDENTE
- 8 LOCAL DO ACIDENTE
- 9 DEPOIS DO ACIDENTE
- 10 DERRAPAGEM
- 11 CAPOTAMENTO/TOMBAMENTO
- 12 PEDESTRE
- 13 ANIMAL
- 14 OBJETO FIXO

NARRATIVA DO AGENTE

Segundo informações de uma das partes envolvidas o V2 usou em alta velocidade e não conseguiu evitar a colisão travessia onde o V1 sinalizava para direita da via que foi prejudicada por um certo período no acostamento.

TESTEMUNHA Nº 01

NOME: LUCAS 700515 IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: ☐ M ☐ F TELEFONE: () _____ ENDEREÇO (RUA, Nº): _____

ENDEREÇO (BAIRRO): _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____

TESTEMUNHA Nº 02

NOME: DOUGLAS 700537 IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: ☐ M ☐ F TELEFONE: () _____ ENDEREÇO (RUA, Nº): _____

ENDEREÇO (BAIRRO): _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE E DA OCORRÊNCIA

NOME DO AGENTE: Hamilton MATRÍCULA: 700525

POSTO: Agente VIATURA: S-10 OCORRÊNCIA: 053/2020 ASSINATURA: [Assinatura]





VEÍCULO Nº 01

NOME DO PROPRIETÁRIO: **Jose Angelo Ferreira Filho**
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua das Gardenias nº 72 - Zambá**
MUNICÍPIO: **Boqueirama do Norte** UF: **PE** MARCA: **Fiat** MODELO: **Milke Ex** PLACA/UF: **KKA-8444**

TIPO DE VEÍCULO:
☒ AUTOMÓVEL
☐ MICROÔNIBUS
☐ BICICLETA
☐ TRATOR
☐ MOTOCICLETA
☐ TRACÇÃO ANIMAL
☐ CAMIONETA
☐ CAMINHÃO
☐ CAMINHONETE
☐ CARGA
☐ ÔNIBUS
☐ OUTRO: _____

EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (m): _____ ESTADO DOS PNEUS:
☒ BOM ☐ RUIM

INFRAÇÕES CONSTATADAS:
☐ SIM ☒ NÃO
 AUTO DE INFRAÇÃO: _____
 CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES): _____

DIAGRAMA DE AVARIAS:

FE	EC	FD
LE		LD
☒		TD

LEGENDA:
 FE - FRONTAL ESQUERDO
 EC - EIXO CENTRAL
 FD - FRONTAL DIREITO
 LE - LATERAL ESQUERDO
 LD - LATERAL DIREITO
 TE - TRASEIRO ESQUERDO
 TC - TRASEIRO CENTRAL
 TD - TRASEIRO DIREITO

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS:
☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO
☐ REMOÇÃO DO VEÍCULO
☐ RECOLHIMENTO DA CNH
☐ RECOLHIMENTO DA PPD
☐ RECOLHIMENTO DO CRV
☐ RECOLHIMENTO DO CRLV
☐ TRANSBORDO DA CARGA
☒ NENHUMA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO CONDUTOR: **Washington Felipe Lopes da Silva**
 DATA DE NASCIMENTO: **24/10/1995** SEXO: ☒ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: **9407.523-SDS-PE** TELEFONE: **8199246-4768**
 ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua das Gardenias nº 72 - Zambá** MUNICÍPIO: **Boqueirama do Norte** UF: **PE**

HABILITAÇÃO:
☒ CNH Nº DE REGISTRO: **06167931416**
☐ PERMISSÃO 1ª HABILITAÇÃO: **04/10/2014**
☐ NÃO HABILITADO
☐ NÃO EXIGÍVEL
☐ ESTRANGEIRA
☐ NÃO APRESENTOU CNH

VALIDADE DA CNH:
☒ EM DIA
☐ VENCIDA

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
☐ SIM
☐ NÃO
☒ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE:
☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

SITUAÇÃO DO CONDUTOR:
☒ PERMANECIU NO LOCAL
☐ ATENDEU À VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR:
☐ MORTO
☐ FERIDO
☒ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: _____
 DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO: ☐ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____ TELEFONE: () _____
 ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE:
☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO:
☐ NA FRENTE
☐ ATRÁS
☐ EM PÉ

ESTADO DA VÍTIMA:
☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01

NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: _____
 DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO: ☐ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: _____ TELEFONE: () _____
 ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

USAVA CAPACETE:
☐ SIM
☐ NÃO
☐ SEM INFORMAÇÃO

POSICÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO:
☐ NA FRENTE
☐ ATRÁS
☐ EM PÉ

ESTADO DA VÍTIMA:
☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
Canterno Traseiro esquerda.	VISTO <i>[Assinatura]</i>

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR
Diminua na falta da luz verde fizeti aguardando os carros passarem para ir para frente da direita. Porém quando se estava na falta da luz verde no sentido a esquerda os carros não deixaram eu entrar estava com a seta ligada.
ASSINATURA DO CONDUTOR <i>Wolfgang Silveira de Lima</i> ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº 0,1	
NOME	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F
TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)
MUNICÍPIO	UF

TESTEMUNHA Nº 0,2	
NOME	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO ☐ M ☐ F
TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)
MUNICÍPIO	UF





NOME DO PROPRIETÁRIO: **Felissinha Genta Oliveira** VEÍCULO Nº **021**
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Sítio Massaranduba nº 10, Cs - Zona Rural**
MUNICÍPIO: **São Bento do Una** UF: **PE** MARCA: **YAMAHA** MODELO: **XTZ 125K** PLACA/UF: **KIT-3889**
TIPO DE VEÍCULO:
☐ AUTOMÓVEL ☐ MICROÔNIBUS
☐ BICICLETA ☐ TRATOR
☒ MOTOCICLETA ☐ TRACÇÃO ANIMAL
☐ CAMIONETA ☐ CAMINHÃO
☐ CAMINHONETE ☐ CARGA
☐ ÔNIBUS ☐ OUTRO:
EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (M): ESTADO DOS PNEUS: ☐ BOM ☒ RUIM
INFRAÇÕES CONSTATADAS:
☒ SIM ☐ NÃO **53.864-8/53.866-0**
AUTO DE INFRAÇÃO: **50/100/65.912**
CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES):
DIAGRAMA DE AVARIAS:

☒	☒	☒
☒		LD
☒	TC	TD

LEGENDA:
FE - FRONTAL ESQUERDO
EC - EIXO CENTRAL
FD - FRONTAL DIREITO
LE - LATERAL ESQUERDO
LD - LATERAL DIREITO
TE - TRASEIRO ESQUERDO
TC - TRASEIRO CENTRAL
TD - TRASEIRO DIREITO
MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS:
☐ RETENÇÃO DO VEÍCULO
☒ RENOÇÃO DO VEÍCULO
☐ RECOLHIMENTO DA CNH
☐ RECOLHIMENTO DA PPD
☐ RECOLHIMENTO DO CRV
☐ RECOLHIMENTO DO CRLV
☐ TRANSBORDO DA CARGA
☐ NENHUMA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº **021**
NOME DO CONDUTOR: **Erivaldo José da Silva**
DATA DE NASCIMENTO: **02/11/1985** SEXO: ☒ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: **7080202 - SDS - PE** TELEFONE: **(81) 99929-0885**
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua Capão Moura nº 420 - DA Penha**
MUNICÍPIO: **Recife** UF: **PE**
HABILITAÇÃO:
☐ CNH ☐ PERMISSÃO
☒ NÃO HABILITADO
☐ NÃO EXIGÍVEL
☐ ESTRANGEIRA
☐ NÃO APRESENTOU CNH
Nº DE REGISTRO:
1ª HABILITAÇÃO:
USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO
VALIDADE DA CNH:
☐ EM DIA ☐ VENCIDA
USAVA CAPACETE:
☐ SIM ☐ NÃO ☒ SEM INFORMAÇÃO
CATEGORIA DA CNH:
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
SITUAÇÃO DO CONDUTOR:
☐ PERMANECIU NO LOCAL
☐ ATENDEU À VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☒ SOCORRIDO
ESTADO DO CONDUTOR:
☐ MORTO
☒ FERIDO
☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº **021**
NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE: **Almei Gonçalves Santos**
DATA DE NASCIMENTO: **21/04/1983** SEXO: ☐ M ☒ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: **7.100.538** TELEFONE: ()
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua Antônio Gonçalves de Lima - Rio Verde**
MUNICÍPIO: **Santa Cruz do Capibaribe** UF: **PE**
USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO
USAVA CAPACETE:
☐ SIM ☐ NÃO ☒ SEM INFORMAÇÃO
POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO:
☐ NA FRENTE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA
☒ ATRÁS ☐ SEM INFORMAÇÃO
☐ EM PÉ
ESTADO DA VÍTIMA:
☐ MORTO
☒ FERIDO
☐ ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº **1**
NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE:
DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO: ☐ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF:
TELEFONE: ()
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO):
MUNICÍPIO: UF:
USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO
USAVA CAPACETE:
☐ SIM ☐ NÃO ☐ SEM INFORMAÇÃO
POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO:
☐ NA FRENTE ☐ NO COMPARTIMENTO DE CARGA
☐ ATRÁS ☐ SEM INFORMAÇÃO
☐ EM PÉ
ESTADO DA VÍTIMA:
☐ MORTO
☐ FERIDO
☐ ILESO



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

NOME		TESTEMUNHA Nº		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, Nº)		
/ /	☐ M ☐ F	()			
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO		UF	

NOME		TESTEMUNHA Nº		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TELEFONE	ENDEREÇO (RUA, Nº)		
/ /	☐ M ☐ F	()			
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO		UF	





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 ASU: 3 - CPF da vítima: 066.576.964-42 4 - Nome completo da vítima: ALINE GONÇALVES SANTOS

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

5 - Nome completo: ALINE GONÇALVES SANTOS 6 - CPF: 066.576.964-42
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: RUA ANTONIO GONÇALVES DE LIMA 9 - Número: 657 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: STA TEREZA 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-070
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 819.9161-3907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 CONTA: 8032 4 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.

72 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda 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 essa 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 resíduo (ou resíduo): ☐ 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 às aquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

35 - 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, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 14 DE AGOSTO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 08/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALINE GONCALVES SANTOS

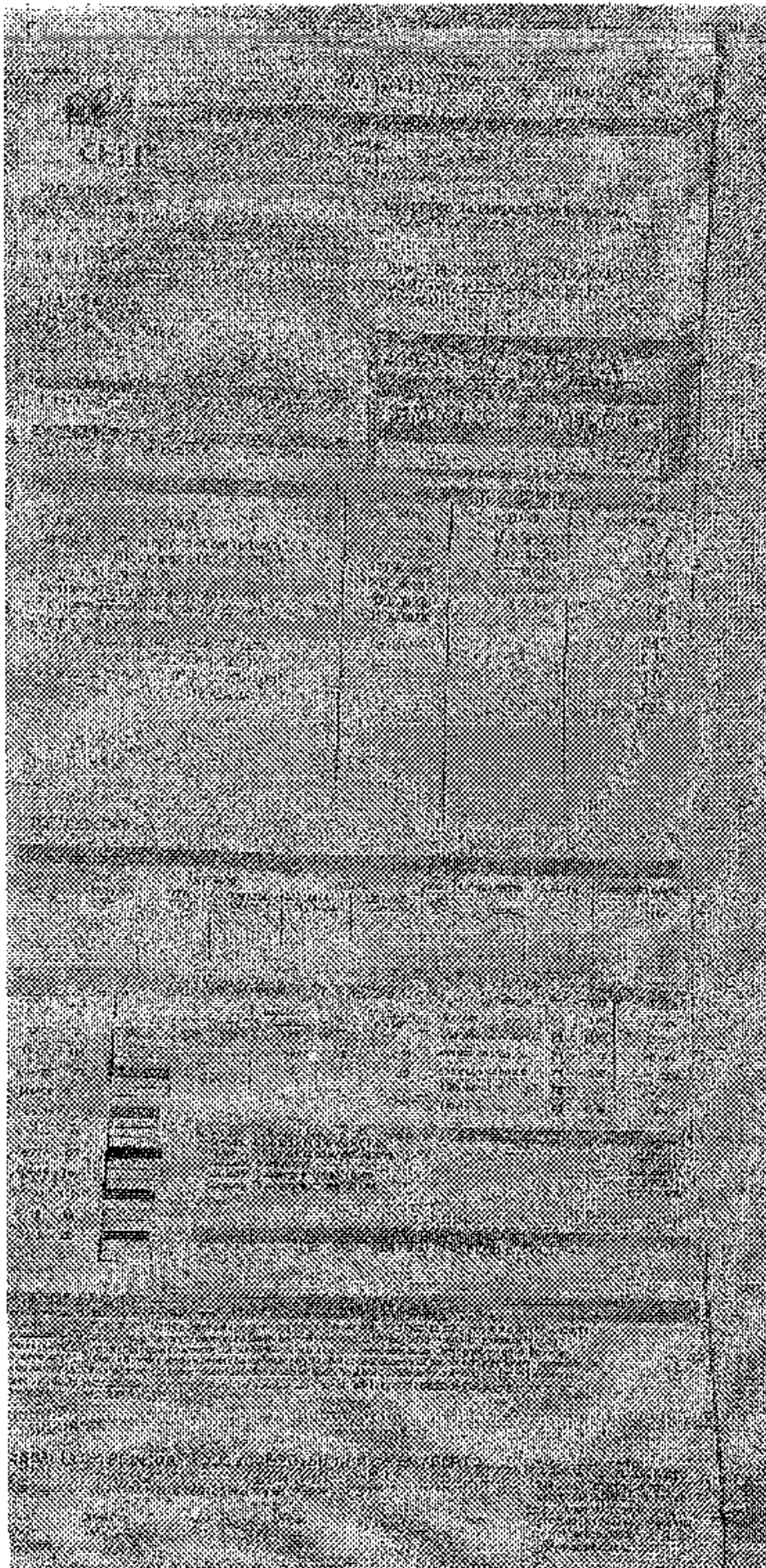
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000008032-4

Nr. da Autenticação 3E4B4C0C3B481456





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 - SOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 10.335.532/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0205948-92



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 93.478, de 29/04/93
COMERCIAL 146 | PRONTIDÃO 148
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5593
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167
Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada
na ligação para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A.
FERNANDES

DATA DE VENCIMENTO

14/04/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/04/2020

CONTA CONTRATO

7008475460

ENDEREÇO

RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3
-CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
-55192-305 SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 29,31

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

103179059

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

03/03/2020 a 06/04/2020

CONSUMO

36

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Adquinta 25,00 valor do imposto R\$ 7,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7008475460

MÊS/ANO

04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 29,31

VENCIMENTO

14/04/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838300000004 293100110072 008475460109 144919190039



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221706 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 5.513/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} M. DE O. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, no qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALINE GONÇALVES SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.576.964 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALINE GONÇALVES SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.576.964 / 42, 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 Lider-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		Número	Complemento
<u>RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA</u>		<u>03</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u>	<u>PE</u>	<u>55.192-305</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>(81) 9.9461-3907</u>		<u>(81) 9.8133-5022</u>	

SANTA CRUZ 26 de AGOSTO de 2020
DO CAPIBARIBE Local e Data

Adriana M^{te} M. de O. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLR/L001 9/01/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **ALINE GONÇALVES SANTOS**, CPF-066.576964-42, RG-71000068-SDS/PB que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - 0116, REG- 26.257, no dia 26 de maio de 2020, às 09h e 27min, PE 160 - Malaguira, com queixa de colisão de carro com moto, tendo sido enviado pela UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB) que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para Hospital Municipal Raimundo Francolino Amção 24h.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 30 DE JUNHO 2020

Maria Lenice C. da Silva

Coordenadora

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE - BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____/____/____





DECLARAÇÃO

DECLARO para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr(a). **ALINE GONÇALVES SANTOS**, nascido em 21/04/1983, esteve nesta unidade hospitalar no dia 26/05/2020, por volta das 10h55M, para atendimento médico de urgência, para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do (a) mesmo (a).

Santa Cruz do Capibaribe/PE, 25 de junho de 2020.


FLÁVIO DO NASCIMENTO SILVA
Diretor Administrativo - HMRFA

Flávio do Nascimento Silva
Diretor Administrativo - HMRFA
Mat 514834

Digitalizado com CamScanner



FICHA DO PACIENTE

SUS: Não Traz
 Nº do Prontuário: _____ Data: 26/05/20 Hora: 10:55
 Nome: Aline Gonçalves Santos RECEPCIONISTA: Rollymy
 Sexo: F ☒ M ☐ Nascimento: 21/04/83 Idade: 37 anos
 Naturalidade: Campina Grande - PB Fone: () Não tem
 Endereço: Rua Antônio Gonçalves de Lima, n: 657
 Bairro: Sto. Antônio CEP: _____
 Pai: José Valdemiro dos Santos
 Mãe: Dominica Gonçalves dos Santos

PA: 1,60m T: 55kg FC: _____ FR: _____ SATO2: _____ HGT: _____

Histórico do Paciente: Paciente trazida pela mãe, após diagnóstico de uma lesão na pele, apresentando hemorragia em caráter agudo com perda de tecido Negro desmancha e coágulos. Paciente trazida acompanhada por familiares. Negro Teo Alencar.

Exame Físico: Lesão: comecenta a esquerda, suppurada, fungos, secreções fétidas, ECG IS

Hipótese Diagnóstica: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta: (1) Dipirona 0,5g + 100ml (EV)
(2) Voltaren 0,5g + 100ml (EV) (SUSPENSO)
(3) Dexamet (SUSPENSO)
(4) SF 0,9% 500ml (EV) (SUSPENSO)
(5) Voltaren 0,5g + 100ml (EV)
(6) Tetrac 0,5g + 100ml (EV)
Sinha perdida às 10:35

Encaminhamento: _____
 Condições de alta: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDOMIRO FERREIRA

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) Aline Gonçalves dos Santos

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2020 a
29/05/2020

Registro Hospitalar: 358968

Diagnostico: Fratura de TNZ Direito + Ferimento em Joelho Direito.

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Vítima de Acidente de trânsito. CID: 582.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

1051702-9750760-271
PABX Hospital Regional do Agreste
Rm 216 - 1º Andar
Linha 011 - 3363-0000
Caruaru, 29 de Maio 2020
Setor de Arquivo (SAMS)

Avanida José Rodrigues de Jesus - Br 232 Km 190 S/N Bairro Incanópolis Caruaru-PE

CNPJ: 05.024.000

CNPJ: 10.572.048/0014-40 - Fone: 0800-3719-9346.



LAUDO MÉDICO

CIRUR. BUCCO-MAXILO (ACIAL)
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA TORÁCICA
CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA COM. VÍNCULO
CIQUIXIMÉDICA
ELTRORNEFALOGRAFIA
LINFOLOGIA
NEFROLOGIA
NEFRODORCUBIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
RADIO X
STENT
TRAUMATOLOGIA
UROLOGIA
ANGIOGRÁFIA DIGITAL
ANGIOPLASTIA
BRONCOPNEUMOLOGIA
ENDOSCOPIA
ELETROCARDIOGRAMA
DIAGNÓSTICO UPP
UTERINO

Deixado para o
devidos pois que,
Aline Gonçalves
Santos, submeteu-se
a tratamento cirúrgico
de fratura torácica
fixado com parafusos
há cerca de 90 dias,
e encontrase em
acompanhamento
ambulatorial
C.D. 582.6
582.5

Dr. Reilton M. da Costa
CRM 58546/13.155
RUBR 11.285

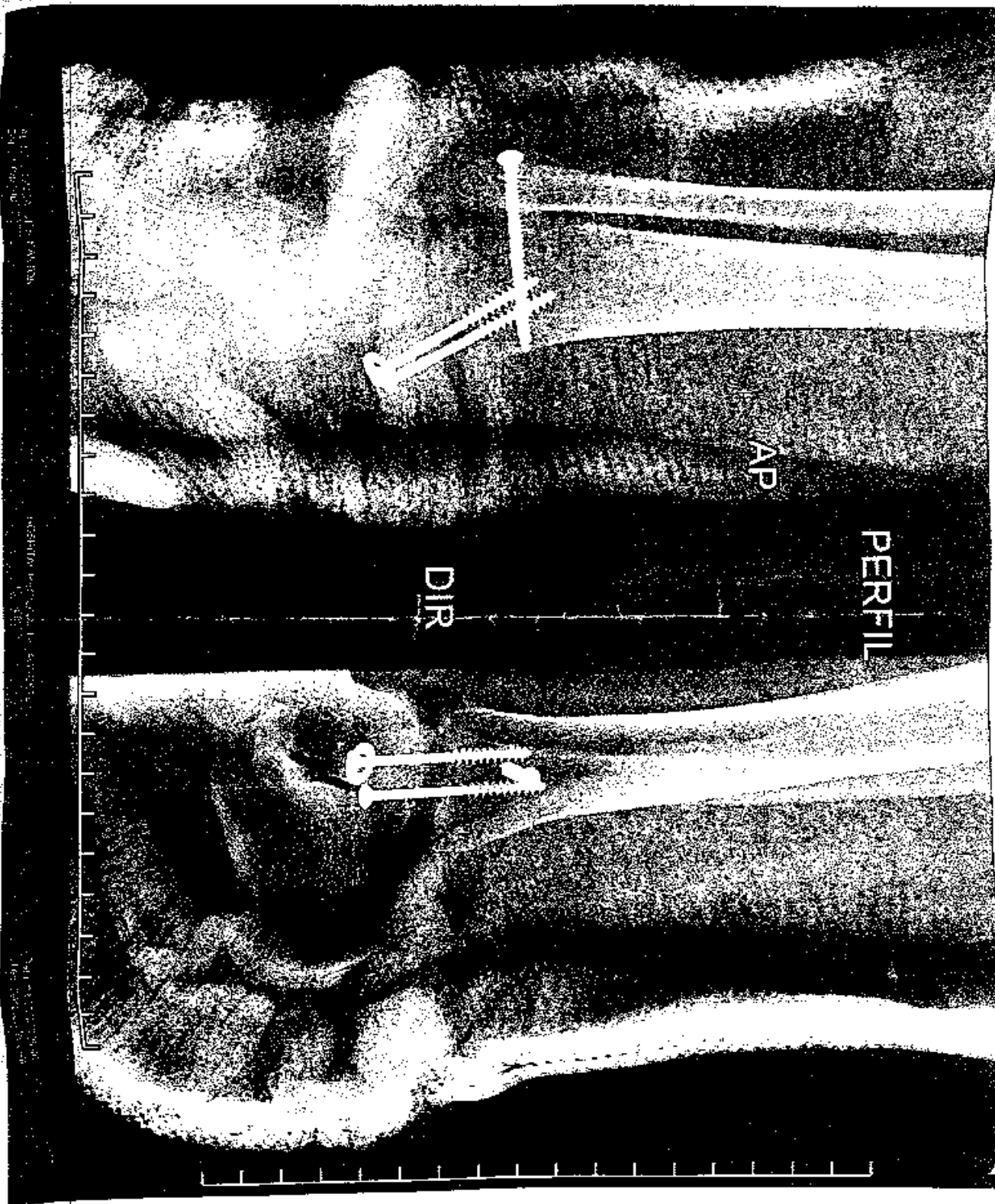
04-09-20

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.4101 / www.hat.com.br





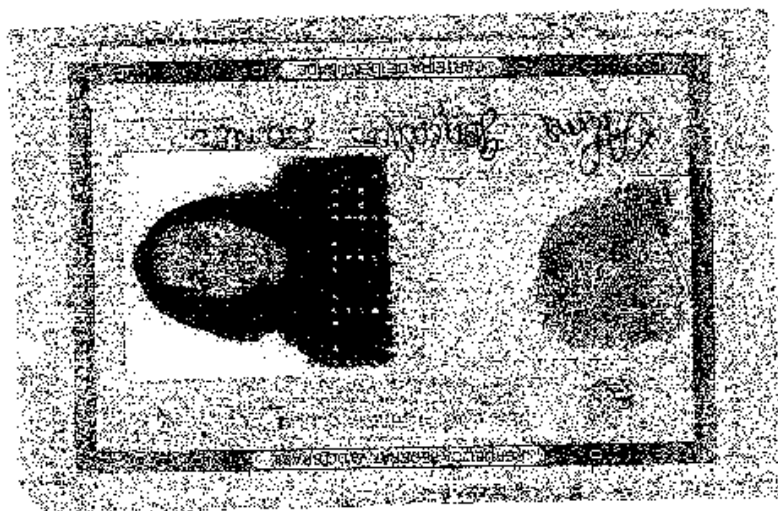
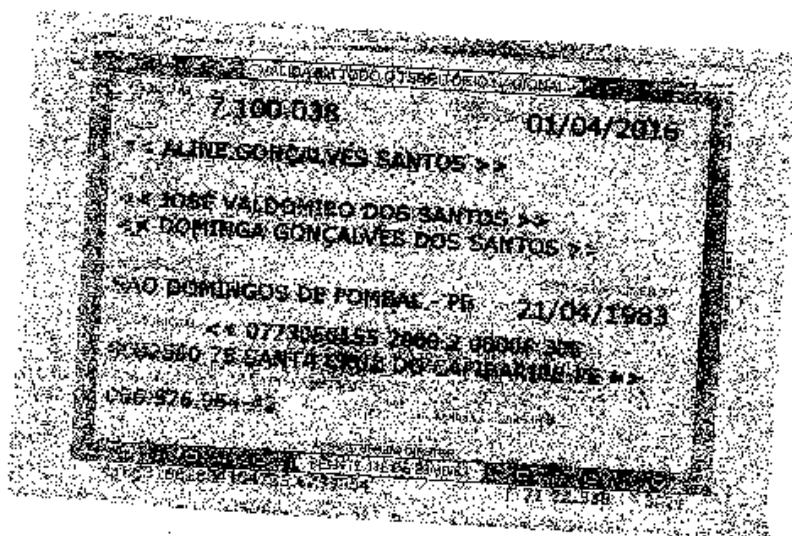
GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E PATOLOGIA FORENSE



Digitalizado com CamScanner







Informações sobre o veículo

Placa: KIT-3889

Espécie/ Tipo: PAS / MOTO-CICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/XTZ 125K

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AZUL

Chassi: 9C6KE094060003992

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2006

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRICÇÕES

> AL. FID. YAMAHA ADM CONS LTDA

> NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA

 Consultar débitos

 Consulta de emissão de CRLV





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais informações, 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: 4020-1596 / 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: 3200305555

Data da solicitação: 15/09/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Aline Gonçalves Santos

CPF do beneficiário: 066.576.964-42

Nome do solicitante: _____

CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99700-1968

Tel. Comercial: () _____

Tel. Residencial: () _____

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) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: DOC IMAGEM + LAUDO MÉDICO

(DESCREVER)

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

Solicito que seja reanalisado o processo pois a mesma fez cirurgia e colocou pinos, fez todo tratamento médico e mesmo assim se encontra com sequelas, solicito que seja marcado uma perícia médica para que seja verificada as suas sequelas e que seja liberado o valor a que tem direito.

Santa Cruz do Capibaribe, 15/09/2020.

Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a 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/última não alfabetizado:

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239728/20

Número do Sinistro: 3200305555

Vítima: ALINE GONCALVES SANTOS

CPF: 066.576.964-42

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 26/05/2020

Titular do CPF: ALINE GONCALVES SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 15/09/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

