

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190496765                      Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

Data do Acidente: 04/11/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as 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.

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



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190496765                      Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

Data do Acidente: 04/11/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas 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.

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



---

**Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190496765**

**Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA**

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

---

**Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190496765**

**Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA**

**Data do Acidente: 04/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190496765

Vítima: MARIA DE JESUS DE LIMA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE JESUS DE LIMA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA DE JESUS DE LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002125

Conta: 00000500350-1

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **864.854.314-20** Nome completo da vítima: **Maria de Jesus Lima**  
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
 Nome completo: **Maria de Jesus Lima** CPF: **864.854.314-20**  
 Profissão: **Do lar** Endereço: **Rua Santa Luiza** Número: **124** Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: **Centro** Cidade: **Esca da** CEP: **55.500.000**  
 E-mail: **viniciuslouza001@gmail.com** Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL: ☐ RECLUSO 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: **9125** ☐ CONTA: **00500350** ☒  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(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 (assinale 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. 2º, §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 atestificado

Local e Data: **Recife 02 de Agosto de 2019**  
 Nome: **Maria de Jesus Lima**  
 CPF: **864.854.314-20**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Maria de Jesus Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**Vinicius Louza**

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

**05.802.494/0001-41**  
**TRACAO COBRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**

Assinatura

**27**

**Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C**  
**Boa Vista - CEP: 50.060-010**  
**RECIFE-PE**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC  
DMM10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19ED130004278

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2019 às 11:25

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia 4/11/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTO INACIO (BAIRRO), 01, AV ESCRITOR ISRAEL FELIPE - EM FRENTE A O CRAS - Bairro: SANTO INACIO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO2 (AUTOR / AGENTE)  
DESCONHECIDO (OUTRO)  
ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (OUTRO)  
MARIA DE JESUS DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**

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

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

**MARIA DE JESUS DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 13/4/1968 Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 4026267/SS/PE (RG) 85485431420 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 991792517**

Endereço Residência: **BAIRRO DE CIDADE GARAPU, 01, RUA AGRESTINA /S/N - CEP: 55060-060 - Bairro: GARAPU - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Nº 802.494/0001-11**

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

file:///C:/Users/SDS/Desktop/BOEPreview.html



Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELYA** Objeto apreendido: **Não**Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **MVB0597 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)**Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005**

## Complemento / Observação

A VITIMA PEGOU UMA CARONA PARA O CENTRO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO - SAINDO DE BARAPU-COM UM DESCONHECIDO E SENTOU NO MEIO DO BANCO TRAZEIRO DO VECULO DE CARACTERISTICAS SUPRACITADAS. AFIRMA QUE O MOTORISTA SE ABAIXOU PARA PEGAR UM OBJETO DESCONHECIDO QUE CAIU DENTRO DO VECULO, AI SE DESCONCENTROU, PERDEU O RUMO DA VIA, E QUANDO FOI ALERTADO QUE IRIA BATER NO OUTRO VECULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA MESMA VIA, PISOU NO ACCELERADOR AO INVEZ DE PISAR NO FREIO, OCASIONANDO A COLISAO. A VITIMA SOFREU FRATURA NA PERNA DIREITA, E NO BRAÇO ESQUERDO. FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, LA FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO MEDICO. E POR OS(SES) MESES FICOU EM UMA CADEIRA DE RODAS COM OS MOVIMENTOS DO CORPO COMPROMETIDOS..

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

*Maria de Jesus de Lima*  
MARIA DE JESUS DE LIMA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROMÃO JOSÉ FELIX** - Matrícula: **271818-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC  
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0130004278

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2019 às 11:25

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)**, que aconteceu no dia 4/11/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTO INACIO (BAIRRO), 01, AV ESCRITOR ISRAEL FELIPE - EM FRENTE A O CRAS - Bairro: SANTO INACIO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO2 (AUTOR \ AGENTE)  
DESCONHECIDO (OUTRO)  
ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (OUTRO)  
MARIA DE JESUS DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**

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

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

**MARIA DE JESUS DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 13/4/1968 Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4525207/SDS/PE (RG). 86485431420 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR**  
Telefones Celulares:  
- 991792517

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CIDADE GARAPU, 01, RUA AGRESTINA /S/N - CEP: 55000-000 - Bairro: GARAPU - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**VEICULO2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NVB5597** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005**

Complemento / Observação

A VITIMA PEGOU UMA CARONA PARA O CENTRO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO - SAINDO DE GARAPU-COM UM DESCONHECIDO E SENTOU NO MEIO DO BANCO TRAZEIRO DO VEICULO DE CARACTERISTICAS SUPRACITADAS.. AFIRMA QUE O MOTORISTA SE ABAIXOU PARA PEGAR UM OBJETO DESCONHECIDO QUE CAIU DENTRO DO VEICULO, AI SE DESCONCENTROU, PERDEU O RUMO DA VIA, E QUANDO FOI ALERTADO QUE IRIA BATER NO OUTRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA MESMA VIA, PISOU NO ACELERADOR AO INVEZ DE PISAR NO FREIO, OCASIONANDO A COLISAO. A VITIMA SOFREU FRATURA NA PERNA DIREITA, E NO BRAÇO ESQUERDO. FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. LA FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO MEDICO. E POR 06(SEIS) MESES FICOU EM UMA CADEIRA DE RODAS COM OS MOVIMENTOS DO CORPO COMPROMETIDOS.,

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

*Maria de Jesus de Lima*  
MARIA DE JESUS DE LIMA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROMÃO JOSÉ FÉLIX** - Matrícula: **273818-0**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -  
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência N°. 19E0130007493

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/11/2019 às 14:21

Complementa o BG Número: 19E0130004278

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 4/11/2018 no período da Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTO INACIO (BAIRRO), 1, AV ESCRITOR ISRAEL FELIPE - EM FRENTE A O CRAS - Bairro: SANTO INACIO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE)  
DESCONHECIDO (OUTRO)  
THONY SILVA FERREIRA (OUTRO)  
MARIA DE JESUS DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THONY SILVA FERREIRA

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

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

**MARIA DE JESUS DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 13/4/1968 Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4525207/3DS/PE (RG) 86485431420 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: 991792517**

**Endereço Residencial: BAIRRO DE CIDADE GARAPU, 1, RUA AGRESTINA /S/N - CEP: 55000-000 - Bairro: GARAPU - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**THONY SILVA FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALZIRA JOSEFA DA SILVA Pai: MARCOS ANTONIO RODRIGUES Data de Nascimento: 25/12/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



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

**VEICULO1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**VEICULO2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **THONY SILVA FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THONY SILVA FERREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVE/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MVB5597 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005**

## Complemento / Observação

A VITIMA PEGOU UMA CARONA PARA O CENTRO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO - SAINDO DE GARAPU-COM UM DESCONHECIDO E SENTOU NO MEIO DO BANCO TRAZEIRO DO VEICULO DE CARACTERISTICAS SUPRACITADAS.. AFIRMA QUE O MOTORISTA SE ABAIXOU PARA PEGAR UM OBJETO DESCONHECIDO QUE CAIU DENTRO DO VEICULO, AI SE DESCONCENTROU, PERDEU O RUMO D VIA, E QUANDO FOI ALERTADO QUE IRIA BATER NO OUTRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA MESMA VIA, PISOU NO ACELERADOR AO INVES DE PISAR NO FREIO, OCASIONANDO A COLISAO. A VITIMA SOFREU FRATURA NA PERNA DIREITA, E NO BRAÇO ESQUERDO. FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. LA FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO MEDICO. E POR 06(SEIS ) MESES FICOU EM UMA CADEIRA DE RODAS COM OS MOVIMENTOS DO CORPO COMPROMETIDOS.,

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

MARIA DE JESUS DE LIMA  
(VITIMA)

*Maria de Jesus de Lima*

B.O. registrado por: **WASHINGTON BATISTA LINS** - Matrícula: **320010-8**

*Washington Batista Lins*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **864.854.314-20** Nome completo da vítima: **Maria de Jesus Lima**  
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
 Nome completo: **Maria de Jesus Lima** CPF: **864.854.314-20**  
 Profissão: **Do lar** Endereço: **Rua Santa Luiza** Número: **124** Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: **Centro** Cidade: **Esca da** CEP: **55.500.000**  
 E-mail: **vinicius.lima.001@gmail.com** Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECLUSO 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: **9125** ☐ CONTA: **00500350** ☒  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:   CONTA:    
 (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 (assinale 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. 2º, §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 atestificado

Local e Data: **Recife 02 de Agosto de 2019**  
 Nome: **Maria de Jesus Lima**  
 CPF: **864.854.314-20**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Maria de Jesus Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**Vinicius Lima**

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

**05.802.494/0001-41**

**TRACAD CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Assinatura

**27**

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE



Atendimento: 465708

Data e Hora: 04/11/2018 11:40

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 110627 MARIA DE JESUS DE LIMA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 13/04/1968 Idade: 50 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMBAURG

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA

Estado Civil: VIUVO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA AGRESTINA

Bairro: GARAPU

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDE BOS

RG (Identidade): 4525207

50 PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de carro no momento  
refere dor importante em ombro (E) e punho (D).  
Neste período de consciência, sem dor, dor  
torácica ou dor abdominal.

#### Exame Físico

GG: corado eufórico  
Rev. PCR 2T, BNF, S/S FC = 92  
AR: MV (+), AMT S/PA  
Abd: flácido, indur., pelve intacta.  
MID indurizado.

#### Hipótese Diagnóstica

Poli-trauma

#### Conduta Terapêutica

(1) Sol. Rx tórax pelve, ombro (E) e MID.  
(2) Anal. Ortopédica.

#### Prescrição Médica

Dipirone 2g + AD EV agora  
SKL 1000 ml EV agora

Tranex 100mg - 04 FA + SF 0.9% 100ml EV AGORA

Morfina 10mg/ml 10mg 5mg

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: 01-41  
LEITO DO PACIENTE:

DE SEGUROS LTDA

23/11/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Scanned with 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: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE JESUS DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02125

CONTA: 000000500350-1

---

Nr. da Autenticação B6678A1B4514C6BB

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE  
MARIA DE JESUS DE LIMA

DATA DE VENCIMENTO  
21/08/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL

14/08/2019

CONTA CONTRATO  
1335170020

ENDEREÇO  
RUA STA LUZIA 124 -CENTRO/ESCADA  
-55500-000 ESCADA PE -

TOTAL A PAGAR  
R\$ 55,96

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/08/2019

CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

NÚMERO DA NOTA FISCAL

073252638

PERÍODO CONSUMO  
12/07/2019 a 14/08/2019

CONSUMO  
27

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO  
1335170020

MÊS/ANO  
08/2019

TOTAL A PAGAR  
R\$ 55,96

VENCIMENTO  
21/08/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838700000001 559600110011 335170020101 144096132637



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

23 100 8119

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DAS CIDADES  
SECRETARIA DA FAZENDA  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

**Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019**  
**Veículos Usados**



**VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**  
RUA SALVADOR DE SA 470  
AP 1403  
ROSARINHO  
52041-300 RECIFE PE

PCK3634

HYUNDAI/CRETA 20A PULSE

**Carta**

991232224RQ2018-SE/PE  
DETRAN-PE

Correios

Data Postagem  
17/01/2019

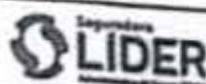


*Pernambuco*  
SANTOS, FAZINHA, MANGUEIRA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP-50.060-010  
RECIFE-PE



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)  
Capital e regiões metropolitanas: 4020-3106 / 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 95

## 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://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECADWEB/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29686>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de 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\*.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. \* 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.132/98.

Pelo exposto, eu Juiane Evangelista de Souza Alves.

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 864.517.314, 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria do Jesus de Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 84.854.314, 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Maria do Jesus de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o nº 864854.314, 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Salvador de Sá</u>	Número: <u>470</u>	Complemento: <u>Ap 1403</u>
Bairro: <u>Rozinho</u>	Cidade: <u>Recife</u>	CEP: <u>52041-300</u>
E-mail: <u>JuianeSouza001@gmail.com</u>	Tel (DDD): <u>81.999656927</u>	

Local e Data: Recife, 02 de agosto de 2019

Juiane Evangelista de Souza Alves  
Assinatura do Declarante



Atendimento: 465708

Data e Hora: 04/11/2018 11:40

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 110627 MARIA DE JESUS DE LIMA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 13/04/1958 Idade: 50 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMBARG

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA

Estado Civil: VIUVO

Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA AGRESTINA

Bairro: GARAPU

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDESBOS

RG (Identidade): 4525207

SO PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Paciente infante de acidente de carro no momento  
refere dor importante em ombro (E) e punho (D).  
Não perde a consciência, sem vômitos, dor  
torácica ou dor abdominal.

Exame Físico

Cor: corado, conjuntiva corada, eufórico.  
Rev. orofaríngea: 2T, BNF, S/S, FC = 92.  
AR: MV (+) ARI S/PA.  
Abd: flácido, indolor, pelve intacta.  
- MTD mantido.

Hipótese Diagnóstica

Fratura

Conduta Terapêutica

1. Sx. Rx. torax pelve, ombro (E) e M/D.  
2. Anal. Ortopédica.

Prescrição Médica

Dipirone 20 + AD EV agora  
SKL 1000 ml EV agora  
TFA 100mg - DA TA + SF 99% 100ml EV AGORA  
Morfina 10g/ml 100mg Sx

Carimbo/Médico/

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

01-41

01-41

DE SEGUROS LTDA


23/11/2018

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/11/2018 11:26

  
Nome Paciente: MARIA DE JESUS DE LIMA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 13/04/1968  
Sexo: Feminino  
Idade: 50  
Senha: 0021  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/11/2018 11:32 - 04/11/2018 11:34

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA PELO SAMU, COM HISTORIA DE COLISÃO CARRO COM CARRO. CHEGA CONCIENTE, ORIENTADA.  
SPO2:98  
FC:79  
REFERE HAS, DM E NEGA ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Vigilância Epidemiológica

NEPI / HDH

0011118

31/10/18

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 100 7019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



14/18

# CG 12

Rx tórax e pelos 1 alter.

Ed. Alta de CG  
LW

09/11/18

Alto do Vermelho  
econômico P/Venell

Dr. Saul Martins  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 22.179/2015.905

Alto do Vermelho  
econômico P/Venell  
LW

RAIO-X	LOCAL DO CORPO	DATA
QUANTIDADE DE FILMES		09/11/18

05.802.494/0001-11  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23/11/18

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 465728

Data e Hora do Atendimento: 04/11/2018 11:51

Usuário do Atendimento: JOCILENEOML

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARIA DE JESUS DE LIMA

Prontuário: 110627

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DE LIMA

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE LIMA

Data do Nascimento: 13/04/1968

Idade: 50 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: VIUVO

RG: 4525207

SD PE

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: ESCADA

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: DO LAR

Endereço: RUA AGRESTINA

GARAPU

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54518025

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 15

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 04/11/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23/11/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1 - Jd. Santa Rita  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

CCIH

Dom Helder Câmara



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001  
Data: 07/11/2018  
Hora: 10:38

Aviso de Cirurgia: 36599  
Paciente: 110627  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 704  
Dt. Início: 07/11/2018 09:00  
Cid Pré-Operatório: S822  
Cid Pós-Operatório: S822

Sala: 0002 SALA 02  
MARIA DE JESUS DE LIMA  
SUS - INTERNACAO  
402 - 02 - LT TRAUMA  
Dt. Fim: 07/11/2018 09:45  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 465726  
Carteira:  
Idade: 50 Anos

Procedimento: 0406050500

Convênio: 001  
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO  
RAQUI ANESTESIA

QUIRURGAO  
/ STESISTA

15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA  
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição Cirúrgica:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA + COLOCAÇÃO DE GARROTE;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS;
4. INCISÃO DE PELE NA FACE ANTERO-MEDIAL DA PERNA ESQUERDA;
5. ABERTURA POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA;
6. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4,5 DE 8 FUROS + COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS
7. LIMPEZA COM SF 0,9%;
8. SUTURA POR PLANOS;
9. CURATIVO;
10. RETIRADA DO GARROTE;
11. RX CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Bruno Henrique P. de Lira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 15820

DR(A): BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA  
CRM: 15820

Hospital Metropolitano Dom Helder Camara  
Clínica Cirúrgica  
Faturamento  
DATA: 13 NOV. 2018

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 NOV 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

**IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

**1. Identificação**

Nome: Mariza de Jesus de Lima Data: 04/11/18 Registro: 110627  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 07:30

**2. Equipe médica:**

Cirurgião: Dr. Bruno 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesiista: Dr. Gerson Instrumentador: Jaci  
Circulante: Raquel

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
L. 15 Atadura 2cm Smach 15	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 01 11.11.18 02	HOTTA BROCA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO PERNA CME LOTE: 282430 PLASMA EST: 06/11/2018 VAL: 06/11/2019 LATS PASCHOAL CORREI/PE 941.125 WWW.FHBRATER.COM.BR
WATER	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 02 11.11.18 02	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 02 11.11.18 02
Basico mm 22	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 01 11.11.18 02	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 02 11.11.18 02
Kit ANESTESIA	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 01 11.11.18 02	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 02 11.11.18 02
Punho de Follet	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 01 11.11.18 02	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 02 11.11.18 02
Caixa 4.5 cremas curto Motor russo	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 01 11.11.18 02	DOM HELDER CAMARA 11.11.18 02 11.11.18 02
		05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

23/11/19

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



# FICHA DE ANESTESIA

Data: 07/11/18

Paciente: MARLYA IDEI JESUS IDEI LIMA

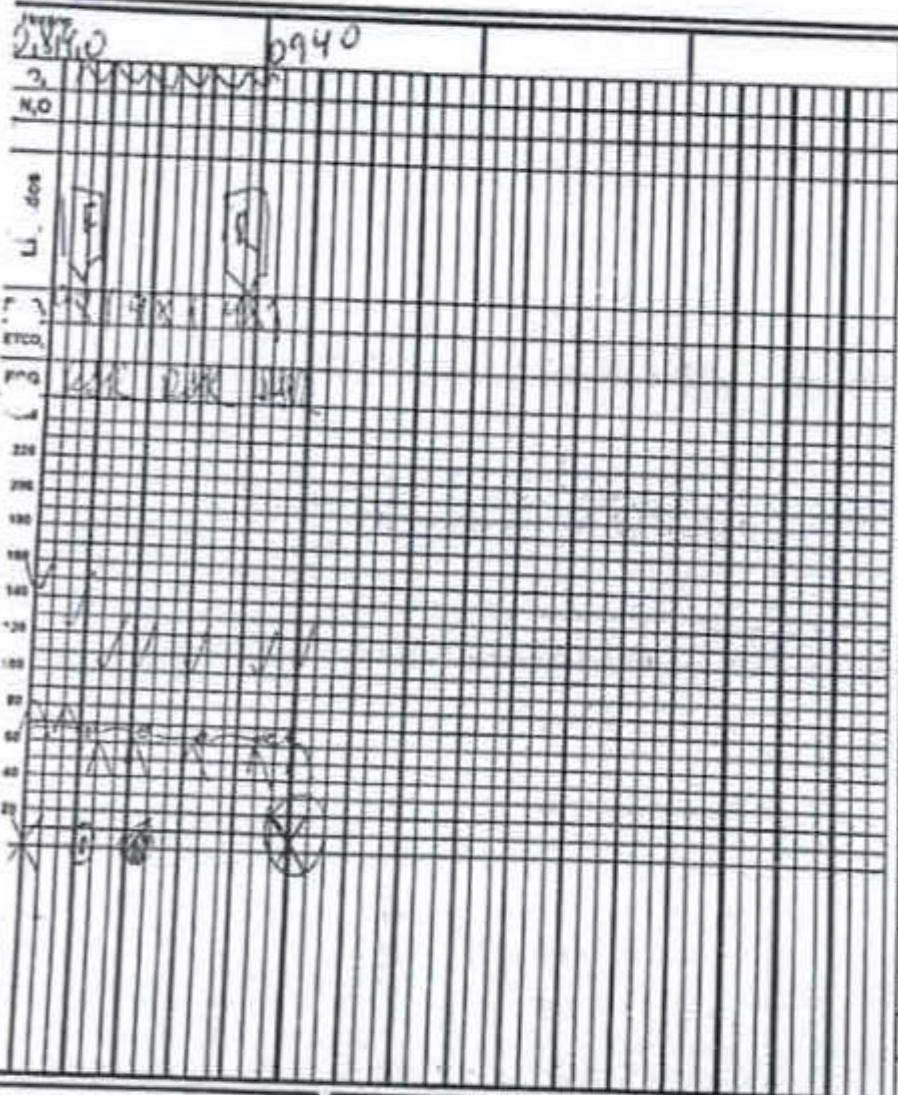
CRM: 0083 GRAÇA CONTI

Nome do Cirurgião: EDNA LIMA

Sexo: F Cor: Brn Idade: 50 Raca: II

Medicação Pré-anestésica:   
 Cirurgia: Trat. cirurgico de fratura da tibia distal

Urgência: ☐ NÃO ☐ SIM



Drogas Usadas	Quantidade
bupivacaína 0.5% per.	17mg
clonitazepam	80mg
clonitazepam EV	60mg
clonitazepam	2mg
clonitazepam	8mg
clonitazepam	50mg
clonitazepam	2mg
clonitazepam	2mg
clonitazepam	100mg

Técnica Anestésica:   
 Raquianestesia   
 semiautônoma   
 única em L3/4   
 etar 35. 60% da dose   
 Sedação

- Monitorização:
- ☐ BIE
  - ☐ Cardioscópico
  - ☐ Temperatura
  - ☐ Oxímetro
  - ☐ Swan-Ganz
  - ☐ PNI
  - ☐ Analisador Gases
  - ☐ Sonda Vesical
  - ☐ PVC
  - ☐ Capnógrafo
  - ☐ Estimulador de Nervos
  - ☐ Estet. Pré-Cordial
  - ☐ Linha Arterial
  - ☐ Outros
  - ☐ Volume IBP Plus

- Encaminhado:
- ☒ Aconselho
  - ☐ Sonolento
  - ☐ Intubado
  - ☐ Destino
  - ☒ SFOP
  - ☐ ApesEnt
  - ☐ UTI
  - ☐ Externo

Intercomência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

05.802.494/0001-41   
 TRACAO CORRETO   
 DE SEGURANCA LTDA

Rua da Aurora, 1115, 11. 400-000   
 RECIFE-PE

Dra Graça Conti   
 Anestesiologista

Assinatura do Anestesiologista



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marcos da Jesus de Lencastre Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: Ortopedia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
05/11/18	fratura da ulna e + ft da tíbia D.A. 1) tab axile palmar erg 2) tab baeopodolium D.A. A quarenta linx  Dr. Saul Martins Ortopedia CRM 12.380
05.11.18	# Serviço Social # Realizando visita ao leito para entrevista social e orientação quanto a permanência no hospital, sobre os direitos do usuário do SUS e serviços DAPAT. Simbolização quanto a direção de sangue.
5/11/18 11:00	# Contato # Receber refer. intern. quanto a permanência no hospital, sup. quanto a gratuidade. Ser, cupu, camb e camb atualizada para Ser U

HCM Hospital Dom Helder Câmara  
Larissa Maria Barros da Silva  
Assistente Social  
CRM/PE 10412

Dr. Luciano L. Cunha Jr.  
Médico  
CRM 12.380

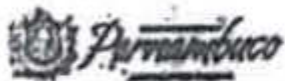
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23/11/2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010







HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Maria de Jesus Registro: 110627  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 402 Leito: 02

Data/Hora	# Serviço Social #
06/11/18	Realizada visita ao leito. Prestadas orientações quanto o fluxo de diagnóstico de sangue.  [Signature]
	Atendimento Nutricional: [Signature] Paciente seguida em NPN. acompanhamento segue sob acomp. Nutricional.
	[Signature] Responsável
	Dra. Sílvia C. S. S. M. Marchi Nutricionista CRN-6 6340
21/11/18	Paralela
20/11	Paciente com estado geral conservado, em fase de cura [Signature] em que se segue [Signature]

Ad. a. Ad. to [Signature]

05.802.114/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23/11/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 B L  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09R-35

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIB.



POLEGAR DIREITO



*Maria de Jesus de Lima*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL 1964

05.802.../0001  
TRAB...  
DE...  
CORRETO...  
ROS LTD...  
em 20/19

Rua da Aurora, 114 575 52 000  
Boa Vista - CEP 54000-000  
RECIFE-PE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

4.525.207

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

30/05/2003

NOME **MARIA DE JESUS DE LIMA**

FILIAÇÃO **SEVERINO JOSE DE LIMA**

**JOSEFA MARIA DE LIMA**

NATURALIDADE

**ESCADA**

**PE**

DATA DE NASCIMENTO

**13/04/1968**

DO ORIGEM

**CN.41183-L 68A-F 57-CARTÓRIO DE ESCADA-PE 21.03.1990**

CPF

892

2225

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-07 38628

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23/07/09

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL E  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



MINISTÉRIO DA FAZENDA



**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**Número**

**864.854.314-20**

**Nome**

**MARIA DE JESUS DE LIMA**

**Nascimento**

**13/04/1968**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 AOS 219

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

03342157

USO OBRIGATORIO  
PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
IDENTIDADE CIVIL (Art. 1º da Lei nº 8.589/92)



SIGNATURA DO PORTADOR

*Luciana Campos de Souza*



OBSERVAÇÕES



## ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

FILIAÇÃO

PEDRO EVANGELISTA DE SOUZA  
LINDALVA ALICE DE SOUZA

NATURALIDADE

RECIFE-PE

RG

5350267 - SSP/PE

POSSE DE ÓRGÃO E TÍTULO

NÃO

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETOHA  
DE SEGUROS LDA

DATA DE NASCIMENTO

09/08/1974

CPF

Rua da Aurora, 10 175, 51.902-101  
Boa Vista - CEP 51.902-101

RECIFE

01

EXPIRADO EM

13/01/2012

*Henrique Neves Mariano*  
HENRIQUE NEVES MARIANO  
PRESIDENTE

inscrição:

18789

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014668592745  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SR. 002.834.234-20 2019

THONY DA SILVA FERREIRA

CABO STO AGOSTINHO-PE

002.834.234-20 MVB5597

MVB5597 AL 9BGRY48J05G107670

2019 23/08/19

2004 2004

9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

PE Nº 014668592745 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
THONY DA SILVA FERREIRA

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

www.seguradoralider.com.br  
BAC DPVAT 8000 022 1204

CABO STO AGOSTINHO-PE 2019 23/08/19

002.834.234-20 MVB5597

9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670

2004 01 9BGRY48J05G107670



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190496765

**Cidade:** Cabo de Santo Agostinho

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA DE JESUS DE LIMA

**Data do acidente:** 04/11/2018

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** fratura diafisária de tibia e fibula direitas, fratura diafisária de umero esquerdo

**Descrição do exame físico:** vitima com cicatriz cirurgica em membro inferior direito, com claudicação da marcha (++++++), bloqueio articular de tornozelo (flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10 graus), deficit de força de grau leve do membro, com encurtamento do membro. Apresenta consolidação viciosa da fratura de umero, encurtamento do membro, bloqueio articular de ombro (flexão a 90 graus), deficit de força de grau leve do membro superior.

**Resultados terapêuticos:** osteossintese na fratura de membro inferior direito, imobilização gessada no membro superior. Evoluiu sem complicações. Fez fisioterapia.  
Alta médica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

MARIA DE JESUS LIMA, brasileira, viúva, portador do RG nº 4 525 2072 SDS, CPF 854 854 314-20, residente à Rua Santa Luzia nº 124, Centro, Escada-PE, CEP 55 500-000.

### OUTORGADA:

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, advogada, CPF nº 869 517 344-53 inscrita na OAB nº 18789, com endereço profissional Rua do Riachuelo nº 187, Sala 1201/02, Boa Vista-PE.

### PODERES:

Outorgando-lhe poderes para o foro em geral, das cláusulas "ad judicium" e "extra judicium", poderes especiais para representar o outorgante junto as seguradoras perante seguro DPAVT, referente ao acidente sofrido no dia 04/11/2018, para requerer cobertura de invalidez.

Recife, 21/06/2019.



Maria de Jesus Lima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO

Cartório Márcio Mendes - 3º Ofício de Notas - Cabo - PE

Reconheço a firma por autenticidade de: 21/06/2019 13:32:18

MARIA DE JESUS DE LIMA

Em testemunho da verdade

Claudia Lúcia Campelo de Oliveira

Selo Digital: 0074863.LIM06201904.00878

Custos R\$ 3,90 TSIM R\$ 0,82 Total R\$ 4,72

Consulte Autenticidade em: [www.cnpj.br/validar/digital](http://www.cnpj.br/validar/digital)



802.494/0001-41  
CORREÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291729/19

**Vítima:** MARIA DE JESUS DE LIMA

**CPF:** 864.854.314-20

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 04/11/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA DE JESUS DE LIMA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES : 869.517.344-53

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

### MARIA DE JESUS DE LIMA : 864.854.314-20

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019  
Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES  
CPF: 869.517.344-53

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291729/19

**Número do Sinistro:** 3190496765

**Vítima:** MARIA DE JESUS DE LIMA

**CPF:** 864.854.314-20

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 04/11/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA DE JESUS DE LIMA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

DUT

## 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](http://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: 01/11/2019

Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

CPF: 869.517.344-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Steffany Carolyn Lins Veloso

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190496765**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE JESUS DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R STA LUZIA, 124 - Escada - PE - CEP 55500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds /PE** ] **4525207**

Data e local do acidente: [ **04/11/2018** ] **Cabo de Sto Agostinho**

Data e local do exame: [ **12/11/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*fratura diafisária de tibia e fibula direitas, fratura diafisária de umero esquerdo*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*vítima com cicatriz cirurgica em membro inferior direito, com claudicação da marcha (+++++), bloqueio articular de tornozelo (flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10 graus), deficit de força de grau leve do membro, com encurtamento do membro. Apresenta consolidação viciosa da fratura de umero, encurtamento do membro, bloqueio articular de ombro (flexão a 90 graus), deficit de força de grau leve do membro superior.*

**III.** Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*osteossíntese na fratura de membro inferior direito, imobilização gessada no membro superior. Evoluiu sem complicações. Fez fisioterapia. Alta médica*

**V.** Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Limitação funcional do membro inferior direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Membro superior esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE