



Número: **0004211-47.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DE JESUS DE LIMA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73262175	07/01/2021 09:57	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, 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

Pag. 01871/01872 - carta_03 - INVALIDEZ

00010936



Carta nº 14741990





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

Rio de Janeiro, 03 de 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

Pag. 01711/01712 - carta_03 - INVALIDEZ

00050856



Carta nº 14837299





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, 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

Carta nº 14912574





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, 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: INTERRUPÇÃO 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

Pag. 00015/00016 - carta_02 - INVALIDEZ

00070008



Carta nº 15070306





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 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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

REDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 9125

CONTA: 60500350

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Jesus Klimer

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Vinicius Klimer

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

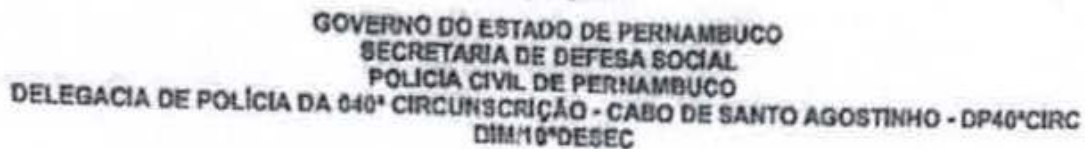
1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: _____
2ª | Nome: 05.802.494/0001-41
CPF: _____
TRAÇÃO COBRETORA DE SEGUROS LTDA

Assinatura: 21/08/2019

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

Scanned with CamScanner



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/PERUAMBUCO/BRASIL.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

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 Nacionalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4826207/00896 (RG) 85485431429 (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**

DESCONHECIDOS (não presente na plantaõ) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE (não presente no 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 802.494/0001-41**

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

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
- Boa Vista - CEP: 53.060-010

Scanned with CamScanner



21/09/2019

Boletim de Ocorrência

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEICULOZ (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: **NVB0597 (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 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: **271519-0**

file:///C:/Users/DESA/Downloads/BOEPrintView.html

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/09/2019

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

RECIFE-PE

2/2

Scanned with CamScanner





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°. 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 (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 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)**



25/08/2018

Secretaria de Defesa Social - INPOPOL

VEICULO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELINEIDE GOMES DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/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 CASO 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**

Scanned with CamScanner



5190796765



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. 19E0130007493

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

Complementa o BQ 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:

DESCONHECIDO (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: 13/4/1988 Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documento: 45252073DS/PE (RG): 56485431420 (CPF): Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU
INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
991792517

Endereço Residência: BAIRRO DE CIDADE GARAPU, 1, RUA AGRESTINA /M/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: 29/12/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

1 of 2

01/11/2019

Scanned with CamScanner



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: **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: **AUTOMOVEL/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

Scanned with CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

REDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0125

CONTA: 60500350

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Jesus Klimer

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Vinicius Klimer

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

05.802.494/0001-41
TRACAD COBRETORA
DE SEGUROS LTDA
Assinatura 21/08/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 465708

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

Senha de 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 AGOSTINHC PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDEBOS

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 relata de acidente de carro no momento
refere dor importante em ombro (E) e punho (D).
Neste período de consequências somáticas, dor
torácica ou dor abdominal.

Exame Físico

Exame físico consistente corado eufórico
Rev. RCR 2T, BNF S/S FC = 92
AR: MV (+), AMI S/PA
Abd: flácido, indur, pulm. ventral.
MID indurizado.

Hipótese Diagnóstico

Pel trauma

Conduta Terapêutica

1. Sx. Rx. torax pelv, ombro (E) e MID
2. Anal. Ortopédica.

Prescrição Médica

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

TR 100mg - 0.5 FA + SF 0.9% 100ml EV AGORA

Paracetamol 10mg/ml fazer Sx

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

01-41

DE SEGUROS LTDA

23 NOV 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 261 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 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/08/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL <u>073252638</u>	CONTA CONTRATO 1335170020 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA STA LUZIA 124 -CENTRO/ESCADA -55500-000 ESCADA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 55,96		

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 <u>1335170020</u>	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.
--	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838700000001 559600110011 335170020101 144096132637



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 120 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50060-010
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner





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

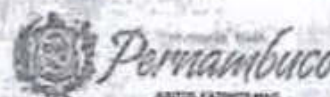
HYUNDAI/CRETA 20A PULSE

Carta

99123222AR/2018-DE/PE
DETRAN-PE



Data Postagem
17/01/2019



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JAN 2019

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

Scanned with CamScanner





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1105 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Operatória: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECABR/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29658>

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*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 613/98.

Pelo exposto, eu Vaniane Evangelista de Souza Alves.

inscrito (a) no CPF/CNPJ 869.517.314,53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria do Jesus de Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 861.854.314,20

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>Recife</u>	Cidade: <u>Recife</u>	CEP: <u>52041-300</u>
E-mail: <u>vaniane.souza.001@gmail.com</u>	Telefone: <u>81.999656927</u>	

Local e Data: Recife, 02 de agosto de 2019

Vaniane Evangelista de Souza Alves
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/08/2019

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

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



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: UACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA AGRESTINA

Bairro: GARAPU

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDEBOS

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 vítima de acidente de carro no momento
febre dor importante em ombro (E) e punho (D).
Neste período de consequência recente, dor
torácica e dor abdominal.

Exame Físico

Cor: corado, conjuntiva corado, eufórico.
Rev: RCP, RT, BNF, SPS, FC = 92.
AR: MV (+) AMI, S/P.A.
Abd: flácido, indolor, pele intacta.
MTD: indolor.

Hipótese Diagnóstica

Poli-trauma

Conduta Terapêutica

1) Sx. Rx. torax, pele, ombro (E) e n. (D).
2) Anal. Ortopédica.

Prescrição Médica

Dipirone 2g + AD ev agora
SER 1000 ml ev agora
Tetraciclina 100mg - DA TA + SF 99h, 100mg EV AGORA
Paracetamol 10g/1ml / 100mg 5g

Carimbo/Médico/

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: 01-41
LEITO DO PACIENTE:

DE SEGUROS LTDA

23/10/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Scanned with CamScanner

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 10/11/18

Rua da Aurora, 1875, SL 902-BL. C

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

Scanned with CamScanner



14/18

CG

Rx tórax e pilos s/alter.

Ed: Alta de CG
LW

09/11/18

Alta do Venenito
eucorincho P/Venell

Dr. Saul Martins
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 22.229/2014.985

DATA	09/11/18
LOCAL DO CORPO	Local desconhecido para exame
RAIO-X	
QUANTIDADE DE FILMES	1

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

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 465726

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: 4625207

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

Indicações 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 AGO 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL 10 - Centro Dom Helder Câmara
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CCIH

Dom Helder Câmara

Scanned with CamScanner



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 DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO
/ 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

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

13 NOV. 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 NOV 2018
Rua da Aurora, 111 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Scanned with CamScanner

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Maria de Jesus de Lima Data: 07/11/18 Registro: 110627
Convênio: SUS Leito: Hora: 07:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Bruno 1º auxiliar:
Anestesiista: Dr. Góes Instrumentador: Jaci
Circulante: Rafael

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
La PR Atadura com Smack 15	11.11.18 01 11.11.18 02	MOTR BROCA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO PERNA CHE LOTTE: 282430 PLASMA EST: 06/11/2018 VAL: 06/11/2019 LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.125 WWW.FMRAESTER.COM.BR
Un. 100	11.11.18 01 11.11.18 02	
Basico mm 22	11.11.18 01 11.11.18 02	
Kit ANESTESIA	11.11.18 01 11.11.18 02	
Punha de Fol 05	11.11.18 01 11.11.18 02	
Caixa 4.5 cremus Eureto Motor 2000	11.11.18 01 11.11.18 02	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS COTA

23/11/2019

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

RECIFE-PE

Scanned with CamScanner



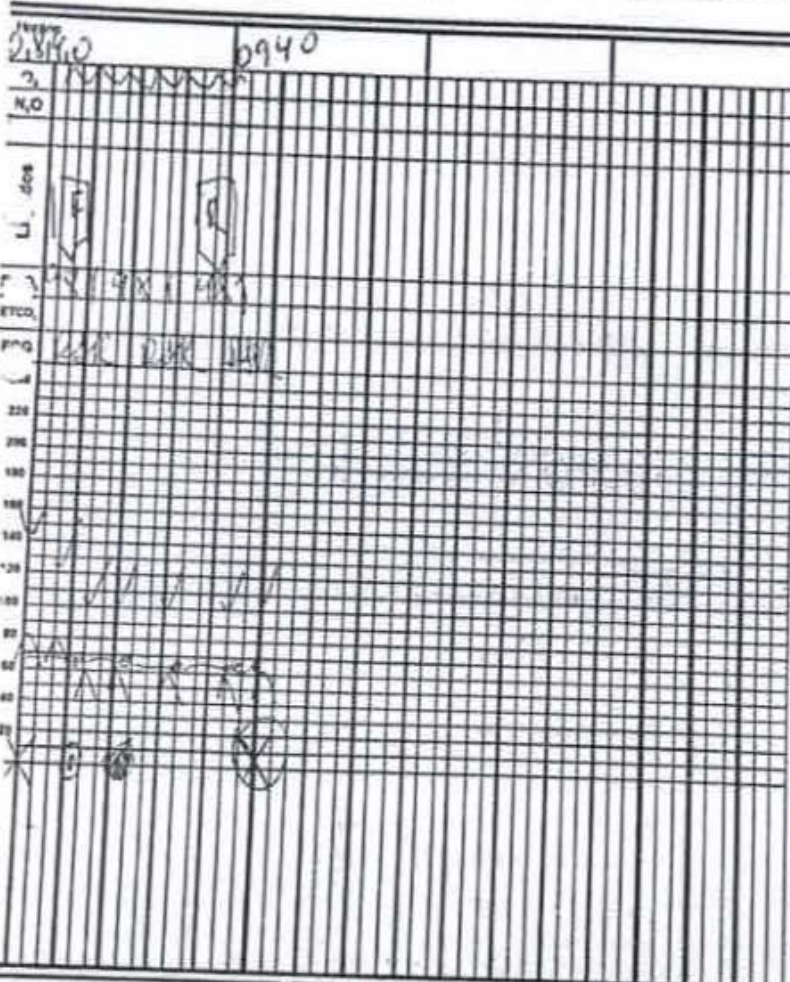
FICHA DE ANESTESIA

Data: 07/11/18

Acomodação:

Paciente: MARLYNE DE JESUS DE LIMA Sexo: F Cor: Br Idade: 50 Peso: II
 CHU: 0083 GRAÇA COSTA Nome do Cirurgião: EDNA LIRA
 Medicação Pré-anestésica:

Cirurgia: Trat. cirurgico de fratura da tibia direita Urgência: ☒ NÃO ☐ SIM



Drogas Usadas	Quantidade
bupivacaína per.	17mg
clonitazina	80mg
clonitazina EV	50mg
cefazolin	2g
hidrocodona	8mg
metamizol	50mg
hidrocodona	2mg
clonitazina	2g
clonitazina	100mg

Técnica Anestésica:
Rapida anestesia
sem uso medicação
única em L4/L5
etap 35. 60 cl de
Sedação

Monitorização:

- ☐ BIS
- ☐ Cardíaco
- ☐ Oximetro
- ☐ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Estet. Pré-Cordial
- ☐ Outros
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervos
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado:

- ☒ Anestesiado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado

Destino:

- ☒ SRPA
- ☐ Apert/Ent.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Interconferência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrição:

Observações:

05.002.494/0001-41
 TRACÃO CORRETO
 DE SEGURANÇA
 21
 Rua da Aurora, 1111, 11, 01033-000
 Tel: (11) 5082-0100
 RECIFE-PE

Assinatura do Anestesiologista: Dr.ª Graca Costa



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Mário de Jesus de Lencastre Registro: _____

Clínica: Ortopedia Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Descrição
04/11/18	fratura da ulna e + ft da tíbia D.A. 1) tab axile polum e 2) tab bispodolium D.A. Aguarola limpa
05.11.18	# Serviço Social # Realizada visita ao leito para entrevista social e orientação quanto normas e fluxos do hospital, nome de família, direito do usuário do SUS e regime DAPAT. Simbilitação quanto descrição de sangue.
5/11/18 11:00	# Curativo Ponho após curativo agendado profissional Círculo, sup. Agendado avaliado. GOT, curativo, curativo e curativo avaliado curativo GOT

Dr. Saul Martins
Ortopedia

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

Dr. Luciano L. Cunha Jr.
Médico
CRM/PE 25.608

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 Abr 2019

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

Scanned with CamScanner





Nome: Isaac de Jesus Lima Registro: _____
Clínica: Ortop Enfermaria: TMO Leito: _____

Data/Hora:
 6/11/13
 14h
 Pontu avaliado por Dr.
 Juleo, desde 1to. comunal
 p/ 1º pat de uniao
 Aguardo 1to. comunal
 p/ 1ª filia
 Col: Sol. e. uniao
 11
 05.802.494/0001
 TRACAO CORRETO
 DE SEGUROS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS CIA.

23 May 2019

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

RECEIVED-PM

Scanned with CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Maria de Jesus Registro: 110627

Clinica: --- Enfermaria: 402 Leito: 02

Data/Hora	# Serviço Social #
06/11/18	Realizada visita ao leito: Prestadas orientações quanto o fluxo de diagnóstico de sangue.
	UF.
	Atendimento Nutricional
	Dieta: <u>---</u>
	Segue sob acomp. Nutricional.
	Un. Sanitária: <u>---</u>
	Nutricionista
	CRN-6 6340
07/11/18	Atendimento
	Paciente com estado
	geral conhecido, em
	período de fase (D)
	em que se sente
	...

Ass. Alto

05.802.444/0001-41
TRACAD CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23/10/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 B, E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09R-35

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIZ



POLEGAR DIREITO



Maria de Jesus de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.../0001...
TRAB...CORRETO...
DI...ROS L...
...2019...

Rua da Aurora, nº 175, 52...
Boa Vista - CEP...
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner



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-CARTORIO DE ESCADA-PE 21.03.1990

CPF

892 0225

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-07 38628

MPG 2118

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/07/19

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

Scanned with CamScanner





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 AGO 2019

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

Scanned with CamScanner



TEM FE PÚBLICA EM 1996 O TERRITÓRIO NACIONAL 03342157

ISSO OBRIGATORIO PARA TODOS OS PISOS LEGAIS (Art. 13 da Lei nº 8.880/94)

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS PISOS LEGAIS





ASSINATURA DO PORTADOR

Viviane Evangelista de Souza Alves

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

CPF
09/09/1974

Endereço
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 002 Bloco B
Boa Vista - CEP 869.517-344-53

RECIFE-PE

DATA DE EMISSÃO
01/13/2012

ASSINATURA
Henrique Naves Mariano

HENRIQUE NAVES MARIANO
Presidente

18789

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

1 834921847 ***** 2019

THONY DA SILVA FERREIRA

CABO STO AGOSTINHO-PE

082.834.234-28 MV85597

MV85597 AL 9BGRY48J05G107670

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

PAS AUTOMÓVEL GASOLINA

GM/CELTA 42 SUPER 2004 2005

9B/85CV PARTIC PRATA

IPVA 2018 AVERBADO

FAIXA 1 PLACAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CABO STO AGOSTINHO-PE 22/08/19

VENHA Carlos Mendes Fontelles

VENHA SEGURO SUPERVISE

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
 SAC DPVAT 8000 022 1204

CABO STO AGOSTINHO-P 2019 23/08/19

082.834.234-28 MV85597

9B4921847 GM/CELTA 42 SUPER

2004 01 9BGRY48J05G107670

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL SEM RISCO (R\$)

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE OUTRORAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 00.348.892/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
 ELE NÃO É DE FORTALEZA OBRIGATORIA

Scanned with CamScanner



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: vítima com cicatriz cirúrgica em membro inferior direito, com claudicação da marcha (+++++), bloqueio articular de tornozelo (flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10 graus), déficit 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), déficit de força de grau leve do membro superior.

Resultados terapêuticos: osteossíntese 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 a Rua Santa Luzia nº 124, Centro, Escada-PE, CEP 55 500-000.

OUTORGADA:

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, advogada, CPF 1 869 517 344-53 inscrita na OAB nº 18789, com endereço profissional Rua do Riachuelo 187, Sala 1201/02, Boa Vista-PE.

PODERES:

Outorgando-lhe poderes para o foro em geral, das cláusulas "ad judicium" e "extra 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 da Lima



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.

Clara Luiza Campelo de Oliveira

Selo Digital 00749631M006201594 00878

Custos R\$ 3,00 TSMH R\$ 02 Total R\$ 5,01

Exatidão Autenticidade em: www.ign.gov.br/validadigital



03.802.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 AGO 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner



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 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

Data do acidente: 04/11/2018

CPF: 864.854.314-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE JESUS DE LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 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

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

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

[**X**] 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (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

