



19/01/2021

Número: **0001770-60.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **10/12/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA (AUTOR)</b>	<b>ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73754 137	19/01/2021 14:20	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200425239 Vítima: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

**Data do Acidente:** 30/01/2020      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA**

Informamos que o pagamento da indenização

informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT será efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000042318-2

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
098.931.934-82 EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP: N° 443/2012

5 - Nome completo: <b>EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA</b>	6 - CPF: <b>098.931.934-82</b>	7 - Profissão: <b>Agricultora</b>	8 - Endereço: <b>FZ. SÃO PEDRO</b>	9 - Número: <b>390</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>RURAL</b>	12 - Cidade: <b>SERRA DA MATA</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>56.900-000</b>	15 - Tel.(DDD): <b>(81) 9444-81422</b>	
16 - E-mail:					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENORE ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos X banco. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO/CO-INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL/CO-BENEFICIÁRIO/CO-INDENIZAÇÃO (Só é possível marcar uma)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>914</b>	CONTA: <b>42318</b>	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)		

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (Maior de 18): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

<b>34</b> Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	40 - Local & Data, <b>SERRA DA MATA - PE - 22/05/2020</b>			39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	<b>Edyvonyde Bruna Alves Souza Ferreira</b>			
	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			43 - Assinatura do Procurador (se houver)
	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177°CIRC DINTER2/21°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0267003753

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/11/2020 às 10:40

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 30/1/2020 às 15:00**

Fato ocorrido no endereço: **PRAÇA DOUTOR SERGIO MAGALHAES, 1 - Bairro: - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 56900-000** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO PREDIO DA RÁDIO CULTURA**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA ( OUTRO )  
MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA ( VITIMA )  
EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA

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

**MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **CELINA ALVES DA CONCEICAO** Pai: **JOAO ISIDORO ALVES** Data de Nascimento: **10/5/1968** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3449284/SSP/PE (RG), 03809567485 (CPF), 06102136356 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 87996141141

Residencial: **FAZENDA SAO PEDRO, DISTRITO LOANDA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA** Pai: **EDINALDO PEREIRA DE SOUZA** Data de Nascimento: **23/4/1991** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **562776217/SSP/SP (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: - 87996141141

Residencial: **FAZENDA SAO PEDRO, DISTRITO LOANDA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VALDOMIRO BRUNO ALVES SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESD** Objeto apreendido: Não  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PCT27B2** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **103761147** Chassi: **9C2KD0810FR403747**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

**AUTOMÓVEL (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/TORO** Objeto apreendido: Não  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**



05/11/2020

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Complemento / Observação

A SRA. MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO AO DESLOCAR-SE PELA PRAÇA SERGIO MAGALHAES, EM DIREÇÃO A IGREJA MATERIZ, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCrita NESTE BOE., LEVANDO COMO CARONA A SUA FILHA, A SRA. EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA. INFORMOU A SRA. QUE FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO TORO QUE ESTAVA ESTACIONADO, CUJO CONDUTOR DEU RÉ NO MOMENTO QUE A SRA. A SRA. RIVANEIDE PASSAVA, ATINGINDA A MOTOCICLETA QUE VEIO A CAIR NA VIA, CAUSANDO LESÕES NAS DUAS OCUPANTES. O PROPRIETARIO DA TORO PRESTOU SOCORRO LEVANDO AS OCUPANTES DA MOTOCICLETA AO HOSPAM ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPVAT.

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

**MARIA RIVANEIDE ALVES SOUSOUZA**  
(VITIMA)

**EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**

(Liberado em **05/11/2020** às **11:30**)



200.238.83.149/pernambuco/VisualizaBO.do?idUnr=267&idDoc=8672376&nroBO=20E0267003753&tp...<br/>

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:20:54  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914205457100000072292257>  
Número do documento: 21011914205457100000072292257

Num. 73754137 - Pág. 4



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
098.931.934-82 EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP: N° 443/2012

5 - Nome completo: <b>EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA</b>	6 - CPF: <b>098.931.934-82</b>	7 - Profissão: <b>Agricultora</b>	8 - Endereço: <b>FZ. SÃO PEDRO</b>	9 - Número: <b>390</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>RURAL</b>	12 - Cidade: <b>SERRA DA MATA</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>56.900-000</b>	15 - Tel.(DDD): <b>(81) 9444-81422</b>	
16 - E-mail:					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENORE ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS  22 - BENEFICIÁRIO/CO-INDENIZAÇÃO  23 - REPRESENTANTE LEGAL/CO-BENEFICIÁRIO/CO-INDENIZAÇÃO (PÁG. 2 DE 2)

24 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos X banco. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **914** CONTA: **42318** (3)  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (Maior de 18): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

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

**34**  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SERRA DA MATA - PE - 22/05/2020**

**Edyvonyde Bruna Alves Souza Ferreira**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Digitalizado com CamScanner



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000042318-2

---

Nr. da Autenticação E017D795C4C0A7AE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:20:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914205457100000072292257>  
Número do documento: 21011914205457100000072292257

Num. 73754137 - Pág. 6



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Pernambuco  
Av. Júlio da Barra, 111, Bui Vista, Recife - PE CEP 50050-092  
CNPJ 19.855.032/0001-08 | Inscri. Est 0223043-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

EDNALDO PEREIRA DE SOUZA

CPF: 853 704 304-87

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

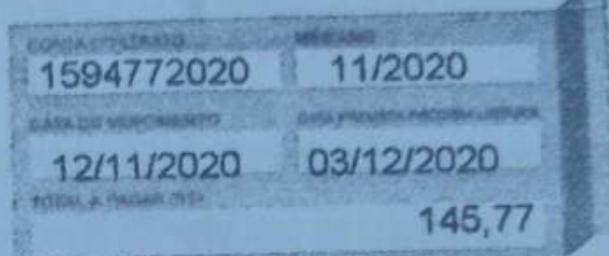
FZ SAO PEDRO 380

JARDIM - RURAL/JARDIM  
SERRA TALHADA PE  
56900-000

**CLASSIFICAÇÃO**

B2 RURAL  
AGROPECUÁRIO RURAL  
Monofásico

TIPO DE MEDIDOR	DATA	LEITURA
130822293	ÚNICA	05/11/2020
05/11/2020	2000851843	3693591



**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

Consumo Ativo(KWh)-TUSD  
Consumo Ativo(KWh)-TE  
Multapor atraso-NF 120594770-05/10/20  
Juros por atraso-NF 120594770-05/10/20  
Atualizaçao IGP-M-NF 120594770-05/10/20  
Doação FUNDAÇÃO TERRA- (087) 3921-1542

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
272,0000000	0,28005707	78,17
272,0000000	0,217289125	59,20
		2,23
		0,78
		2,39
		5,03

**TOTAL DA FATURA**

145,77

**RESUMO TARIFFEIRO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
21757442	CAT	14-11-2020	07-11-2020	13	1.000,00		272,00

**COMPENSAÇÃO DO CONSUMO**

MESMO PERÍODO ANTERIOR (KWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	
NOV20 272				Geração de Energia R\$ 56,77 41,94%
OUT20 257				Transmissão R\$ 8,04 5,94%
SET20 231	10/10/2020	136,27	0,59	Distribuição (Celpe) R\$ 41,31 30,68%
AGO20 247	PIS	135,37	1,32	Perda de Energia R\$ 13,62 9,91%
SETE20 228	COFINS	135,37	5,85	Encargos Sistêmicos R\$ 8,08 5,95%
DEZ20 242				Tributos R\$ 7,27 5,37%
				Total R\$ 126,37 100%

Digitalizado com CamScanner

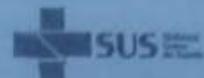
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:20:54  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914205457100000072292257

Num. 73754137 - Pág. 7

Número do documento: 21011914205457100000072292257



PERNAMBUCO  
SUS



### BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 141

Data:	30-04-2020	Hora:	16:44		
Nome:	Edyneide Bruna Alves Souza Pereira				
Nome Social:					
Nascimento:	23-04-91	Sexo:	Fem.		
Escolaridade:	Superior	Profissão:	Agricultura		
Mae:	Maria Ribamar de Jesus Souza.				
Endereço:	200 Pedro Iunes Souza	Estado Civil:	Solteira		
Bairro:	Itaiz	Município:	STPE		
Cartão SUS:	Fone: 8902-4030				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amorela	Indígena

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Situação/Queda:

PA:	P脉:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicamentos em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:					

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Acidente automobilístico.  
Por a Palpação da enxov.

Tratamento:

Cedentaria dos  
Farmacos

Consultar Sobe! Rx colunam  
Tromboloxa c/ valpcav.  
Veltaren FM (Agosto)  
Refarm D/ Recorrência. (0085: Pct. 50  
Segunda 10/02/20. nega a  
TONAR.

Hipótese Diagnóstica:

Fract. 1/3 metade clavicular (S) S/ dor

Carimbo e Assinatura:

Dr. José Antônio J. B. Guimarães

Digitalizado com CamScanner







## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

### Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

MÉDICO SOLICITANTE:  
PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

DATA DA SOLICITAÇÃO:  
10/02/20 14:51

Nº SOLICITAÇÃO  
674025

### Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:  
EDYVANAYDE BRUNA A. S. PEREIRA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

DATA DE NASCIMENTO:  
23/04/1991

Nº DO PONTUÁRIO:

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:  
MARIA RIVONEIDE ALVES SOUZA

SEXO:  
FEMININO

ENDERECO (RUA, N°, Bairro):  
FAZ. SÃO PEDRO, ZONA RURAL

TELEFONE DE CONTATO:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:  
SERRA TALHADA

CÓD. INE MUNICÍPIO:  
2613909,00

UF:  
PE

CEP:

### Dados sobre o Transporte

MÉDICO DE TRANSPORTE:  
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:  
13/02/20 11:51

OBRAVISÃO

OBRAVISÃO EXECUTANTE

### Regulador

MÉDICO REGULADOR:  
EULALIA MADALENA MATOS LAPA

TIPO LETAL:  
CIRURGICO

ESPECIALIDADE:  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:  
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:  
13/02/20 11:35

MÉDICO AUTORIZADOR

# Hospital São Vicente

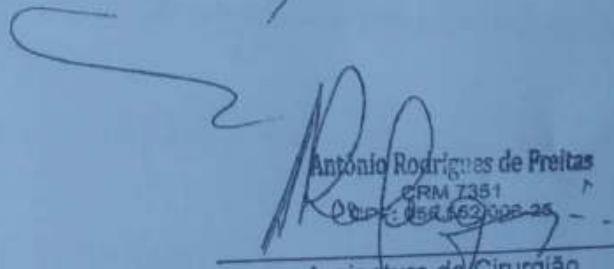
Data Atend: 13/02/2020	Atendimeto: 0032686	Quarto/leito: 305 / 3
Paciente: 00228206 - EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA PEREIRA		
Data Nasc: 23/07/1991	Idade: 28 Anos	Sexo: Feminino Estado Civil: Casado
Profissão: AUXILIAR DE SAUDE BOCAL	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai:	Nome Mãe: MARIA RIVABEIDE ALVES SOUZA - ZONA RURAL - SERRA TALHADA - PE	
Endereço: FAZ SAO PEDRO, 0		
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9816.24010		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ( )	Acidente de Trabalho ( )	Outros Acidentes ( ) Agressão ( )
Sulcidio ( )	Casual ( )	Outros ( )
Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: ( )	
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrencia:		
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Possui pressão arterial 140/80, desidratação, secreções nasais e orais, dor e hiperemia do abdômen, dor no seio diafrágma.</i>		
Diagnóstico Inicial:	<i>Fest. CHAVEIRA ①</i>	
SADT:		
Diagnóstico Final:	<i>Fest. CHAVEIRA ①</i>	
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descrição Médica (X)	Data do Internamento: <u>13/2/20</u>
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Data da Alta: <u>15/2/20</u>
Piorando ( )	Transferência ( )	Local: _____ <i>MM</i>
Obito + 48h ( )	Evasão ( )	
Obito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Obito em _____ / _____ / _____		
Hora: _____		

**Medico Responsável**  
*Pedro Aureliano Amador de Carvalho*  
 CPF: 024.223.204-30 CRM: 16658

Digitalizado com CamScanner



# Hospital São Vicente

Data Atend: 13/02/2020	Atendimeto: 0032686	Quarto/leito: 305 / 3
Paciente: 00228206 - EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA PEREIRA		
Cirugia Realizado: <i>Osteosseosintese facial</i>	N. do Procedimento: <i>000010/50</i>	
Data: 13/02/2020	Inicio:	Término
Cirurgião: Pedro		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
DESCRICAÇÃO CIRURGICA:	<i>Feb questionar se o paciente realizou exercícios D, houve dureza na face, rubor, calor e dor na face, pálpebras por espessas plaquias fechou os olhos, redução de fixação IO, visceros os fio de tricotomia superior por placas e cicatriz</i>	
 Antonio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 056.162.000-25 Assinatura do Cirurgião		





Digitizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:20:54  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914205457100000072292257>  
Número do documento: 21011914205457100000072292257

Num. 73754137 - Pág. 13

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200425239      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA    **Data do acidente:** 30/01/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 5\_CIRURGIA.

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

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:20:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914205457100000072292257>  
Número do documento: 21011914205457100000072292257

Num. 73754137 - Pág. 14

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200425239      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA    **Data do acidente:** 30/01/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 5\_CIRURGIA.

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

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338141/20

**Vítima:** EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

**CPF:** 098.921.934-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/01/2020

**Titular do CPF:** EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA : 098.921.934-82**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 25/11/2020  
Nome: EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA  
CPF: 098.921.934-82

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2020  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

EDYVONAYDE BRUNA ALVES SOUZA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:20:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914205457100000072292257>  
Número do documento: 21011914205457100000072292257

Num. 73754137 - Pág. 16