



Número: **0000018-03.2021.8.17.3440**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Tacaratu**

Última distribuição : **19/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSANGELA NUNES DA SILVA (AUTOR)	JOSE LUIZ OLIVEIRA NETO (ADVOGADO(A)) JORGE PEREIRA DA SILVA NETO (ADVOGADO(A)) GILSELANDIA BRITO DE GOIS (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
13271 8144	11/05/2023 10:02	<u>2794676_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TACARATU/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00000180320218173440

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROSANGELA NUNES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TACARATU, 10 de maio de 2023.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225**

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:02:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024595100000129650504>
Número do documento: 23051110024595100000129650504

Num. 132718144 - Pág. 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:02:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024595100000129650504>
Número do documento: 23051110024595100000129650504

Num. 132718144 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:02:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024595100000129650504>
Número do documento: 23051110024595100000129650504

Num. 132718144 - Pág. 3



Número: **0000018-03.2021.8.17.3440**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Tacaratu**

Última distribuição : **19/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSANGELA NUNES DA SILVA (AUTOR)	JOSE LUIZ OLIVEIRA NETO (ADVOGADO(A)) JORGE PEREIRA DA SILVA NETO (ADVOGADO(A)) GILSELANDIA BRITO DE GOIS (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13271 8145	11/05/2023 10:02	<u>ANEXO 1</u>	Ações processuais\Documento de Comprovação



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 189ª CIRCUNSCRIÇÃO - TACARATU - DP189ª CIR
DINTER2/22º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0279000448

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2019 às 10:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **27/4/2019 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TACARATU, 1, RUA VEREADOR NILSON GOMES, DISTRITO DE CARAIBEIRAS** - Bairro: **CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SALÃO DE SANDRA CABELEIREIRA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
LUCAS DA SILVA NUNES (OUTRO)
GABRIELA MACHADO DE ARAÚJO (TESTEMUNHA)
ROSANGELA NUNES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ROSANGELA NUNES DA SILVA

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

ROSANGELA NUNES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **GUIONAR NUNES DA SI LVA** Pai: **ANGELO ANTONIO NUNES** Data de Nascimento: **5/8/1983** Naturalidade: **TACARATU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7255278/SDS/PE (RG), 05979067426 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGENTE DE SAUDE PUBLICA** Telefones Celulares: **- 87999664746**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TACARATU, 83, RUA JOÃO VICENTE DE LIMA, DISTRITO DE CARAIBEIRAS - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DE CAIO BEBIDAS**

GABRIELA MACHADO DE ARAÚJO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NÃO INFORMADO** Pai: **NÃO INFORMADO** Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TACARATU, 1, RUA ANTONIO XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DO MERCADO DE ITAMAR**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

LUCAS DA SILVA NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELISANGELA DA SILVA NUNES** Pai: **JOJSÉ NILTON NELSON NUNES** Data de Nascimento: **2/11/1998** Naturalidade: **PETROLANDIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10263927/SDS/PE (RG), 12697599495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TACARATU, 1, RUA FLORO JOÃO DE ARAUJO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL**

200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=2798&idOc=8100883&nroBO=19E0279000448&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TR...

1/2



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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCAS DA SILVA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSANGELA NUNES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **(BAHT)**

Placa: **0YT0059** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101689285** Chassi: **9C2JC4830DR039034**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **HONDA BIZ 125 EX**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA HORA E LOCAL DESCritos NESTE BOLETIM, CONDUZIA A MOTO HONDA BIZ COM SUA AMIGA GABRIELA NA GARUPA, QUANDO ACABOU PERDENDO O CONTROLE DO VEÍCULO EM UM ENTULHO DE CONSTRUÇÃO, VINDO A CAIR E FRATURAR O PÉ DIREITO. ENQUANTO SUA AMIGA TEVE APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL LOCAL E DEPOIS POR CONTA PRÓPRIA SE DIRIGIU ATÉ A CIDADE DE SERRA TALHADA, ONDE TRÊS DIAS DEPOIS FEZ UMA CIRURGIA NO HOSPITAL SÃO FRANCISCO, POR CAUSA DA FRATURA. DIANTE DO EXPOSTO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

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

Rosângela Nunes da Silva

ROSANGELA NUNES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE EDUARDO NEVES DE ARAUJO** - Matrícula: **1797964**





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 ASI: **059.790.674-26** 4 - Nome completo da vítima:
ROSANGELA NUNES DA SILVA

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

5 - Nome completo: ROSANGELA NUNES DA SILVA		6 - CPF: 059.790.674-26	
7 - Profissão: RECUSO INFORMAR	8 - Endereço: RUA JOÃO VICENTE DE LIMA	9 - Número: 100	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CARAIBEIRAS	12 - Cidade: TACARATU	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56480-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 2702	CONTA: <input type="text"/> 8388
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO
impresso
digitalizado
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *14/01/2019*

Rosangela Nunes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS 001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



Tacaratu

PREFEITURA MUNICIPAL DE TACARATU

Secretaria Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO

CNPJ: 09.188.537/0001-57
PONE: (87) 3842.1466

SERVIÇO DE PRONTO

ATENDIMENTO

SUS - F08 0043 24663521

PRONTUÁRIO:

DATA:

HORA:

NOME:

DATA NASCIMENTO: 05/03/83 SEXO: F IDADE: 36 FONE: ()

FILIAÇÃO:

ENDEREÇO:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO
MODO

Automóvel
Atropelamento

Ônibus
Colisão

Moto
Capotagem
Outro
Outro
Ignorado

AGRESSÃO

POR
MODO

Assalto

Arma de Fogo
Briga
Ação Policial

Esparcimento
Agressão Sexual
Outro
Outro
Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM

Construção Civil
Indústria
Agricultura
Comércio
Outro
Ignorado

AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

POR

Arma de Fogo
Enforcamento
Arma Branca
Veneno
Drogas
Etilismo
Queda de Nível
Outro
Ignorado

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental
Queda Acidental
Afogamento
Queimadura
Outro
Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública
Domicílio
Ambiente de Trabalho
Escola
Outro
Ignorado

ATENDIMENTO

Queixa Principal - Motivo

Rivente vítima de acidente automobilístico de trânsito
referindo dor na região do dorso à direita.

Pr. Med. 3

Exame Físico

PESO

TEMP.

PA

FR

FC

HGT

100x70



EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

Marciana Feitosa da Silva
Tec. de Enfermagem
COREN-PE 114640-7

CD:

- ① Raio-X do Tórax em PA e perfil
② tenoxicam 100mg > EV 10/22
Diprospan 100mg > EV 10/22

dy
CABEÇA

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

Proced.

Esp.

Idade

Faturamento - SIA - SUS

Assinatura do Paciente / Responsável



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROSANGELA NUNES DA SILVA

RG nº: 7255278, data de expedição 26/11/2002, Órgão SDS/PE,
CPF nº: 059.790.674-26, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que
resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório
em nome de terceiro:

<i>Logradouro (Rua/Avenida/Praça)</i>	RUA JOÃO VICENTE DE LIMA
<i>Número</i>	100
<i>Apto / Complemento</i>	CASA
<i>Bairro</i>	CARAIBEIRAS
<i>Cidade</i>	TACARATU
<i>Estado</i>	PE
<i>CEP</i>	56480-000
<i>Telefone de Contato</i>	(75) 9 8836-1283 / 9 9140-7110 / 3281-4455
<i>E-mail</i>	jaitoncs2000@yahoo.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Tacaratu/PE, 13/10/2019.

Assinatura do Declarante: Rosangela Nunes da Silva





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Lucas da Silva Nunes,
RG nº 10.263.927, data de expedição 17/08/2015
Órgão SAS/PE, portador do CPF nº 126.975.994-95,
com domicílio na cidade de TACARATU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FLORO J. OLIVEIRA/CENTRO-CARAÍBEIRAS, nº 770,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ROSANGELA NUNES DA SILVA, cujo o condutor era
ROSANGELA NUNES DA SILVA.

Veículo: MOTONETA Modelo: HONDA/BIZ 125 EX Ano: 2014/2014
Placa: OVT 0059 Chassi: 9C2JCH830ER039034
Data do Acidente: 27/04/2019

Local e Data:

Tacaratu 04 - 12 - 2019

Lucas da Silva Nunes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Serviço Notarial e Registral – Tacaratu/PE
Tabelionato de Notas, Procurador, Registrador de Casais, Fazendeiro, Notário, Títulos e Documentos
do Conselho Federal de Notários e Registradores - PE - RioGras (01) 3045-1627
Maria José Camargo da Lima - Assinatura Descripta

Reconhecido por Autenticidade a firma de LUCAS DA SILVA NUNES em
04/12/2019. Dou fé. Em test: Maria Goretti Nunes Em verdade. Escrivente Autorizada:
MARIA GORETTI NUNES Maria Goretti Nunes Emol: R\$ 3,36, TSNR: R\$ 0,80,
FERM: R\$ 0,04, FUNSEG: R\$ 0,08, FERC: R\$ 0,40, ISS R\$ 0,20. Consulte
autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Selo 0077198 DRB11201901.00146



Tacaratu

PREFEITURA MUNICIPAL DE TACARATU

Secretaria Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO

CNPJ: 09.188.537/0001-57
PONE: (87) 3842.1466

SERVIÇO DE PRONTO
ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 152 37731111

DATA: 27/04/2023

HORA: 19:58

NOME:

DATA NASCIMENTO: 05/03/83 SEXO: F IDADE: 36 FONE: ()

FILIAÇÃO:

ENDEREÇO:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO
MODO

Automóvel
Atropelamento

Ônibus
Colisão

Moto
Capotagem
Outro
Outro
Ignorado

AGRESSÃO

POR
MODO

Assalto

Arma de Fogo
Briga
Ação Policial

Arma Branca
Espancamento
Agressão Sexual

Outro
Outro
Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM

Construção Civil
Indústria
Agricultura
Comércio
Outro
Ignorado

AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

POR

Arma de Fogo
Enforcamento
Arma Branca
Veneno
Drogas
Etilismo
Queda de Nível
Outro
Ignorado

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental
Queda Acidental
Afogamento
Queimadura
Outro
Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública
Domicílio
Ambiente de Trabalho
Escola
Outro
Ignorado

ATENDIMENTO

Queixa Principal - Motivo

Rivente vítima de acidente automobilístico de trânsito
referindo dor na região do dorso à direita.

Pr. Med. 3

Exame Físico

PESO

TEMP.

PA

FR

FC

HGT

100x70



EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

Marciana Feitosa da Silva
Tec. de Enfermagem
COREN-PE 114640-7

CD:

- ① Raio-X do Tórax em PA e perfil
② tenoxicam 100mg > EV 10/22
Diprospan 100mg > EV 10/22

dy
CABEÇA

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

Proced.

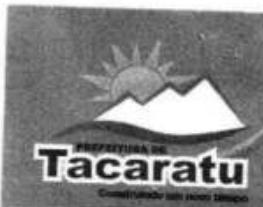
Esp.

Idade

Faturamento - SIA - SUS

Assinatura do Paciente / Responsável





Prefeitura Municipal de Tacaratu

**Secretaria Municipal de Saúde
UMEFG - Unidade Mista Edmir Ferraz Gominho
SUS - Sistema Único de Saúde**

Receituário

LUDDO an EBza

so do p. v. s. t.

States form as clusters
just give a big percentage

Nunes da Silveira, 36 anos, casado, este impossível teste de sacar suas fundações ~~destrutivas~~, limitadas em 70%, pelo déficit no registo lateral do percurso, pelo limite dos neuromotores fundamentalmente em desvio anatomico e finos-

271-111-14
Data

Rua da Aurora, S/N - Centro - 56 480-000 - Fone: (43) 220-1000

*Dr Flávio Dino de Moraes
CREMESP - CRM-DF
Professional*



rel. ressentindo pelo
trânsito do autor de forma
de exasperante e viciante
a fumaça só foi derrubado em
27/04/2019, o beneficiário
refinado Dafá, conforme
ct. d: 10 : 592.3

27 NOV. 2019

Alvaro Pinto
IV Flávio Dantas
CREMEEPE - 12609 POF
Urgente



Sistema SUS	Líaco de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Saúde Pernambuco	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde									
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.				2 - CNES 2517124		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.		4 - CNES 2517124	
Identificação do Paciente									
NÚMERO DO DOCUMENTO 4255278				NOME ATEND. Norângela Nunes da Silva					
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) fo 800451246635211				6 - SIS PRENATAL		7 - SENHA / REGULAÇÃO			
9 - NOME DO PACIENTE Norângela Nunes da Silva				10 - DATA DE NASCIMENTO 05/05/83		11 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>			
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Guilherme Nunes da Silva				13 - DDD		13 - TELEFONE DE CONTATO			
14 - ENDERÉCO (RUA N° BAIRRO) Feiraum Mansel da Silva				16 - COD. IBGE MUNICÍPIO		17 - UF			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Jaçanã				18 - CEP					
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
<i>- Tinha 10 dias ameaçando limpar febre</i>									
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)									
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL fract 20 R				22 - CID. 10 PRINCIPAL 592.3					
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDARIO				24 - CID. 10 SECUNDÁRIO					
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS									
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tlc clínico				PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CLÍNICA		29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		30 - DOCUMENTO () CNS () CPF		31 - N.º DO CUMPRIMENTO (CNIS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. Ebenone Silva Ortopedia / Clínica de Reumatologia CRM-PE 15.122 CRF-PE 0112				33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/04/19		34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) Dr Francisco Anselmo Magalhães CRM-PE 026.034 CRF-PE 1362			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)									
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		38 - N.º DO BILHETE			
39 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO		40 - NERIE			
41 - () APOSENTADO		() NÃO SEGURADO		42 - CHAMADA EMPRESA		43 - CRON			
44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO				AUTORIZAÇÃO					
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF				46 - N.º DO DOCUMENTO (CNIS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 20/04/2019				48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 20191048098-0					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) José I. da C. (Assinatura) M.º do Autorizador CRM-PE 026.034 CRF-PE 1362				50 - MOTIVO DA ALTA melhorado					
51 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Eletivo				52 - DATA DA INTERNAÇÃO 29/04/19					



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDAITAL
FRANCISCO

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABB - Serra Talhada - PE
 Fone/Fax: (87) 3831-3736 / 3831-2142 - CEP: 56.912-110
 CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICA**CIRURGICA**

Atendimento: 29/04/2019 Prontuario: 00043882 Registro: 00092342 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Data Nascimento: 05/03/1963	Idade: 36 Anos, 1 Mês	Sexo: FEMININO	Cor: PARDAS
Estado Civil: CASADO(A)	Profissão: ACS	Naturalidade:	Nacionalidade:
Filiação: Pai: ANGELO ANTONIO DE INACIO	Mãe: GUIOMAR NUNES DA SILVA		

Endereço: JOAQUIM MANOEL DA SILVA Nº 313
 Bairro: CENTRO Cidade: ITACURUBA Estado: PE Telefone: 99664747

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA AO PÉ APÓS Queda
 LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Diagnóstico Inicial:

FRATURA NO PÉ.

S.A.D.T

Diagnóstico Final

O NEXO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada Decisão Médica
 Inalterado Alta a Pedido
 Piorado Transferência
 Óbito+48h Evasão
 Óbito-48h Indisciplina

Óbito em ____ / ____ / ____ Hora: _____

Data do Internamento: 29/04/2019

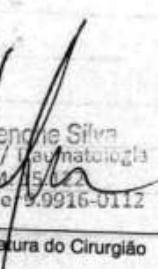
Data da Alta: 01/05/19
 Dr. Edson Silva
 Ortopedista / Traumatologista
 122
 CEM - Sul 316-0112
 Médico Responsável

			Nº do Procedimento:
	Inicio:	Término:	
	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

PROCEDIMENTO CIRURGICO

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CINTILIO
- OI FIO METALICO 2,150

Dr. Elenone Silva
Ortopedia / Reumatologia
CRM - 1545
CEM - Fone: 31.9916-0112


Assinatura do Cirurgião





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
059.790.674-26

Nome
ROSANGELA NUNES DA SILVA

Nascimento
05/03/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



relos

MAM SECRETARIA DA - A/C ÁREA DE SINISTROS DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient



TELEFONE / Phone number



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:02:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024621800000129650505>
Número do documento: 23051110024621800000129650505

Num. 132718145 - Pág. 17

REMETENTE / Sender

TELEFONE / Phone number

DEVOLUÇÃO /	
<input type="checkbox"/> Mudou-se (Moved)	<input type="checkbox"/> Recusado (Refused)
<input type="checkbox"/> Desconhecido (Un known)	<input type="checkbox"/> Não procurado (N ot Searched)
<input type="checkbox"/> Ausente (Absent)	
Tentativas de entrega	
1º _____ / _____	às _____
	of _____
<input type="checkbox"/> Informação pres Information provis <input type="checkbox"/> Reintegrado ao : Reintegrated to post Data: _____ / _____ / _____ Date: _____ / _____ / _____	

FRANCISCO DE ASSIS CAVALCANTE LIMA
AV. LANDULFO ALVES, Nº 116 – SALA 01
GALERIA PORTINARI - CENTRO
CEP: 48602-490 PAULO AFONSO/BA



RECICLAR MATERIAIS & PRESERVAR O MEIO AMBIENTE
To recycle materials is to preserve the environment



Aviso de Sinistro DPVAT

Na forma do disposto na resolução Nº 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP levamos ao conhecimento desta Seguradora a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Nº. DO SINISTRO: _____

Marca: HONDA / BIZ 125 EX – PLACA / OYT 0059
Tipo () Auto (X) Moto () Ônibus () Caminhão () Veículo não identificado
Ano: 2014 / 2014

Data do acidente: 27/04/2019

Nome da Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Cobertura reclamada:

(X) Condutor () Passageiro () Pedestre () DAMS () Morte (X) Invalidez

Conforme item 10 da resolução supracitada segue os documentos abaixo assinalados e respectivos Aviso de Sinistro.

(X) Registro de Ocorrência Policial: Nº. 19E0279000448 () Laudo do IML
() DUT Nº () Certidão de óbito
(X) RG/CNH da Vítima: Nº. 7255278 SDS/PE EMISSÃO 26/11/2002 () Procuração Pública / Particular
(X) CPF da Vítima: Nº. 059.790.674-26 () RG do Procurador:
(X) RG/CNH da Vítima /beneficiário(s): Nº. 7255278 SDS/PE EMISSÃO 26/11/2002 () CPF do Procurador:
(X) CPF do(s) Vítima /beneficiário(s) Nº. 059.790.674-26 () Comprovante de endereço do procurador:
() Certidão de Nascimento / casamento da Vítima () Despesas médicas / hospitalares originais

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiários

() Declaração de herdeiros () Prova de companheirismo (INSS, RF, CTPS)
() Declaração de Residência () Certidão de Casamento atualizada da vítima
() Comprovante de Residência (água, luz ou telefone); () Autorização de Pagamento Preenchida

Observações:

Obs.: Para preenchimento do reclamante

Obs.: Para preenchimento da Seguradora

Local do Aviso

Data

Local

Data

PAULO AFONSO/BA, 13/12/2019

_____ / ____ / ____

ROSANGELA NUNES DA SILVA

Nome do Beneficiário

Procurador

Observações:

- (1) Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro.
(2) Eventualmente poderão ser solicitados documentos complementares, objetivando evitarem-se liquidações dúbiais, em prejuízo da Seguradora e/ou dos próprios beneficiários.



DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

*Eu, **ROSANGELA NUNES DA SILVA**, brasileiro (a), casado (a), agente de saúde, portador (a) do RG nº. 7255278 SDS/PE, CPF nº. 059.790.674-26, residente e domiciliado na Rua João Vicente de Lima, nº 100, Caraibeiras, no município de Tacaratu/PE, CEP: 56.480-000. Declaro para fins de direito e sob as penas da lei, a veracidade e fidelidade de todos os documentos e informações apresentados no âmbito do **PROCESSO DPVAT** do qual fui vítima de acidente de trânsito no dia 27/04/2019, conforme registro no **B.O Nº. 19E0279000448** da **DELEGACIA DE POLICIA DA 189ª CIRCUSCRICAO** da cidade de **TACARATU/PE**.*

FICO CIENTE através desse documento que declarar fato que se sabe ser inverídico com a finalidade de fraudar ou causar dano a outrem é crime na forma da lei. Não tendo nada mais a acrescentar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Tacaratu/PE, 12 / 12 / 2019.

ROSANGELA NUNES DA SILVA
DECLARANTE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200005194 **Cidade:** Tacaratu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LATERAL DE 5,5CM; EDEMA RESIDUAL (1+/4+); CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DE FRATUAS SEM DESVIOS SIGNIFICATIVOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004680/20

Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA

CPF: 059.790.674-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

ROSANGELA NUNES DA SILVA : 059.790.674-26

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES DA SILVA
CPF: 059.790.674-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Mariana Custodio Teixeira
CPF: 004.878.610-19

ROSANGELA NUNES DA SILVA

Mariana Custodio Teixeira



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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANGELA NUNES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02702-2

CONTA: 00000008388-7

Nr. da Autenticação 941EB97812322E19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:02:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024621800000129650505>
Número do documento: 23051110024621800000129650505

Num. 132718145 - Pág. 23



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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200005194 Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSANGELA NUNES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15322645



01581/01582 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:24:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2305111002462180000129650505>
Número do documento: 2305111002462180000129650505

Núm. 132718145 - Pág. 24



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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200005194 Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROSANGELA NUNES DA SILVA

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. 00283/00284 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13335250



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:02:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024621800000129650505>
Número do documento: 23051110024621800000129650505

Num. 132718145 - Pág. 25



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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200005194 **Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA**

Data do Acidente: 27/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). ROSANGELA NUNES DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5.00%

Valor a indenizar: $5,00\% \times 13.500,00 =$ R\$ 675,00

Recebedor: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002702-2

Conta: 000008388-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:02:47
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2305111002462180000129650505>
Número do documento: 2305111002462180000129650505

Núm. 132718145 - Pág. 26



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 ASI: **059.790.674-26** 4 - Nome completo da vítima:
ROSANGELA NUNES DA SILVA

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

5 - Nome completo: ROSANGELA NUNES DA SILVA		6 - CPF: 059.790.674-26	
7 - Profissão: RECUSO INFORMAR	8 - Endereço: RUA JOÃO VICENTE DE LIMA	9 - Número: 100	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CARAIBEIRAS	12 - Cidade: TACARATU	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56480-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 2702	CONTA: <input type="text"/> 8388
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

<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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Neta(neto) <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Avô(a) <input type="checkbox"/> Neto(neta) <input type="checkbox"/> Sobrinho(a) <input type="checkbox"/> Enteado(a) <input type="checkbox"/> Outro	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: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer? <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: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO
impresso
digitalizado
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

- 34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

- 38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, **14/01/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019



DECLARAÇÃO

À
SEGURADORA LÍDER

EU, ROSANGELA NUNES DA SILVA, PORTADOR DO

CPF: 059.790.674-26, INFORMO ATRAVÉS DESTA QUE A CONTA ABAIXO, EM MEU
NOME ENCONTRA-SE ATIVA, DESBLOQUEADA E SEM LIMITE PARA MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA.

BANCO: 001

AGÊNCIA: 2702-2

CONTA: 8388-7

FAVORECIDO: ROSANGELA NUNES DA SILVA

TACARATU/PE, 12 / 12 / 2019.

Rosangela Nunes da Silva
BENEFICIÁRIO (A)



**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: 3200005194
Nome do(a) Examinado(a): Rosangela Nunes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua João Vicente de Lima, 100 Casa
Caraibeiras Tacaratu PE CEP: 56480-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7255278
Data local do acidente: [27/04/2019]
Data local do exame: [13/01/2020] Paulo Afonso [BA]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE PÉ DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSÍTESE COM FIOS DE KIRSHNER
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 27/07/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LATERAL DE 5,5CM; EDEMA RESIDUAL (1+/4+); CLAUDICAÇÃO

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Emanuel de Barros e Silva
CPF - 025.757.634-79
CRM/BA - 18229

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/05/2023 10:02:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024621800000129650505>

Número do documento: 23051110024621800000129650505

Num. 132718145 - Pág. 29