



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 8144	11/05/2023 10:02	2794676_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



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.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024595100000129650504>
Número do documento: 23051110024595100000129650504

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.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051110024595100000129650504>
Número do documento: 23051110024595100000129650504



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
132718145	11/05/2023 10:02	ANEXO 1	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 - DP189ªCIRC/
DINTER2/22ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0279000448

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados), 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 PUBLICA**

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: **GUIOMAR NUNES DA SILVA** 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: **2ª. 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: **JOSE 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: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TACARATU, 1, RUA FLORO JOÃO DE ARAUJO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL**



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: **OYT0059** (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)

Jose Eduardo Neves de Araujo
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 ASL: 3 - CPF da vítima: 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 2702 2 CONTA: 8388 7
(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TACARATU/PE, 12.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE TACARATU

Secretaria Municipal de Saúde
 UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO

**SERVIÇO DE PRONTO
 ATENDIMENTO**

PRONTUÁRIO: 152.2479 DATA: 27/04/2019 HORA: 19:58

NOME: Rosângela Alves da Silva

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

FILIAÇÃO: Rosângela Antônia Alves e de Guionar

ENDEREÇO: Rua João Travenço de Lima, Caraburu

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

VEÍCULO
 MODO

Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☐ Outro ☐ Ignorado ☐
 Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ **AGRESSÃO**

POR
 MODO

Assalto ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐
 Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ **ACIDENTE DE TRABALHO**

ORIGEM

Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ **AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO**

POR

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

☐ **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

Doença crônica de acidente automobilístico há 2 dias,
 reprimido dor e região do dorso e direita.

Pr Med @

Exame Físico

PESO: TEMP: PA: 100x70 FR:
 FC: HGT:



EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

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

CD:

- ① Raio-x do Tórax em PA e perfil
- ② tenoxicam 1amp > EV 10/22
Dipirona 1amp

24/10/22
10h00-12h00

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

Faturamento - SIA - SUS

Proced.

Esp.

Idade

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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA JOÃO VICENTE DE LIMA
Número	100
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CARAIBEIRAS
Cidade	TACARATU
Estado	PE
CEP	56480-000
Telefone de Contato	(75) 9 8836-1283 / 9 9140-7110 / 3281-4455
E-mail	jailtoncs2000@yahoo.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Tacaratu/PE, 13 / 12 / 2019.

Assinatura do Declarante: Rosângela Nunes da Silva





AVENIDA CRUZ CARUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20191050867447

Escritório: CARAIBEIRAS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

PROV. DO CLIENTE
CLEMISTON JOSE DA SILVA
R JOAO VICENTE DE LIMA, COMPESA 00100 - CARAIBEIRAS TACARATU PE 56480-000
INSCRIÇÃO: 319.820.400.0015.700

MATRÍCULA: 05086744.7 10/2019-7

GRUPO: 14

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 05086744.7

RESUMO DA FATURA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	TERCEIRO
LIGADO	POTENCIAL	1			
RESUMO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	VOTO DE CREDENCIAMENTO REAL /		
A110102106	08/10/2019	08/11/2019			
ÁGUA	CONSUMO: 16	ESGOTO	VOLUME: 0		
LEIT. ANT.: 990		LEIT. ANT.:			
LEIT. ATUAL: 1006		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 1006		LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENDEM A	
		MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO	
09/2019	15/	TURBIDEZ	19	20	20
08/2019	15/	COR APARENTE	19	20	20
07/2019	12/	COLOR RESIDUAL	19	20	20
06/2019	10/	COLIFORMES TOTAIS	19	20	20
05/2019	10/	E.Coli	19	20	20
04/2019	14/	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			
MÉDIA	12/ 0				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	6 M3	30,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019		1,38

FIS	74,38	1,65	1,23
COFINS	74,38	7,60	5,65

VENCIMENTO: 20/11/2019

TOTAL A PAGAR: 75,76

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 70,72. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 02/12/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 05086744.7 10/2019-7

VENCIMENTO: 20/11/2019

TOTAL A PAGAR: 75,76

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82820000000-5 75760018319-8 05086744701-6 10201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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 SBS/PE, portador do CPF nº 126.475.994-95,
com domicílio na cidade de TACARATU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FLORO J. OLIVEIRA/CENTRO-CARAIBEIRAS, 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: 4000A/BIZ 125 ER Ano: 2014/2014
Placa: 0VT 0059 Chassi: 9C2JC4830ER039034
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, Protestos, Registro de Imóveis, Passaportes, Cartões, Títulos e Documentos
R. Coronel Frederico, s/n - Centro - Tacaratu - PE - 54400-000 (07) 3943-1637
Mário José Campos de Lima - Secretário Delegado

Reconheço por Autenticidade a firma de LUCAS DA SILVA NUNES em
04/12/2019. Dou fé. Em test. Maria Goretti Nunes de verdade. Escrevente Autorizada.
MARIA GORETTI NUNES Maria Goretti Nunes E-mail: R\$ 3,39, 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/eleodigital

Selo: 0077198 DRB11201901.00148



PREFEITURA MUNICIPAL DE TACARATU

Secretaria Municipal de Saúde
 UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 152.2479

DATA: 27/04/2019

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 ☐
Ignorado ☐

☐ **AGRESSÃO**

POR
MODO

Assalto ☐

Arma de Fogo ☐
Briga ☐

Arma Branca ☐
Ação Policial ☐

Espancamento ☐
Agressão Sexual ☐

Outro ☐
Outro ☐

Ignorado ☐
Ignorado ☐

☐ **ACIDENTE DE TRABALHO**

ORIGEM

Construção Civil ☐

Indústria ☐

Agricultura ☐

Comércio ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

☐ **AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO**

POR

Arma de Fogo ☐

Enforcamento ☐

Drogas ☐

Queda de Nível ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

Arma Branca ☐

Veneno ☐

Etilismo ☐

☐ **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

Doença crônica de acidente automobilístico há 2 dias,
 reprimido dor e região do dorso e direita.

Pr Med @

Exame Físico

PESO

TEMP.

PA

FR

FC

HGT

100x70



EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

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

CD:

- ① Raio-x do Tórax em PA e perfil
- ② tenoxicam 1amp > EV 10/22
Dipirona 1amp

24/10/2022

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

Faturamento - SIA - SUS

Proced.

Esp.

Idade

Assinatura do Paciente / Responsável





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

Receituário

210 DO UNID. CO

AO D. P. V. S. T.

Atesto para os devidos fins que a Sra. Rosângela

Nunes da Silva, 36 anos, casada, está impossibilitada de exercer suas funções laborativas, limitadas em 70%, pela deficiência na região lateral do pé direito, pela limitação neuromotora secundária e sem desvio anatômico e função

271.111.14
Data

Dr. Flávio Dantas de Mello
CREMEPE-12000-PSF
Profissional
Urgentista

Rua da Aurora, S/N - Centro - 56.480-000 - Fones: (87) 3843-1121 / 3843-1109



mel. necessitando pelo
travessa do acidente por queda
da motocicleta e subseqüente
a fratura do pé direito em
27/04/2019, o Benefício de
refinada Dação, conforme
C.I.D.: 10 : 592.3

27 NOV. 2019

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Dr. Flávio Dantas de Mello
CREMEPE - 12600 POF
Urgentista





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO
4 2 5 5 2 7 8

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
6 8 0 0 4 3 2 4 6 6 3 5 2 1

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE
RODRIGUES NUNES DA SILVA

10 - DATA DE NASCIMENTO
05/03/83

11 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Guilherme Nunes da Silva

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
Joacimar Nunes da Silva

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Joacimar

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**- Tumor no pé Anel fuma
Limpas f - e**

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
f2nt no pé

22 - CID, 10 PRINCIPAL
592.3

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID, 10 SECUNDÁRIO

25 - CID, 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO
HE cirurgia fnt no 050408.050691

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE
**Dr. Ebenes Silva
Otorrinolaringologista
CRM 15.122
CPF 9.395.012**

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
28/04/19

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)
**Dr. Francisco Anselmo Magalhães
CRM 12.42054
CPF 336.336**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CROM

43 - CROM

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
**Jose Roberto de Mello Junior
CRM 15.122
CPF 9.395.012**

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
261910748098-0

MOTIVO DA ALTA **melhorado**

CARÁTER DA INTERNAÇÃO **Eletivo**

DATA DA INTERNAÇÃO **29/04/19**



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABR - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: cef184@hotmail.com

CLÍNICA**CIRURGICA**

Atendimento: 29/04/2019

Prontuário: 00043882

Registro: 00092342

Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Data Nascimento: 05/03/1983 Idade: 36 Anos, 1 Mês Sexo: FEMININO Cor: PARDA

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:

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

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

TRAUMA NO PÉ APÓS QUEDA
LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Diagnóstico Inicial: FRATURA NO PÉ

S.A.D.T

Diagnóstico Final: O NENHUM

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. Ebernonie Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 122
916-0112
Médico Responsável

ANOTAÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO
- O.FIO METALICO 2,150

Dr. Eliene Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.522
CEM - Fone 9.9916-0112

Assinatura do Cirurgião





compesa CNPJ 09.769.035/0001-64 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

WTEPA-IBR-10 - RUA JACARA, 100 - JACARA - RECIFE - PE - CEP 51.040-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 74086/1447 - 04/07/2019	
CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO Nº 059.790.674-26		NOME: ROSANGELA NUNES DA SILVA	
R. JOAO VIEIRA DE LIMA, 100 - JACARA - RECIFE - PE - CEP 51.040-000		INSCRIÇÃO: 059.790.674-26	
SITUAÇÃO AGUA		SITUAÇÃO ESGOTO	
RESIDENCIAL		RESIDENCIAL	
HIDRÔMETRO		DATA LEIT. ANTERIOR	
TIPO DE CONSUMO (A/E)		DATA LEIT. ATUAL	
LEIT. ANT: 0000		LEIT. ATU: 0000	
LEIT. FAT: 0000		LEIT. FAT: 0000	



Correios

GRUPO DE PROD. DISTRIB. D
D 315
ORDEN 12-D
CPE 00873007 ESTACAO 107
Inscrito por *Pauliana Penedo*
Inscrito

Correios
3,467 / AR MP
SEDEX
Assinatura
Documento
OD 15394083 3 BR
FC08V122

DESTINATARIO / Recipient

TELEPHONE / Phone number

ARM SECURADORA S.A. - AREA DE SINISTROS DPVAT



REMETENTE / Sender

TELEFONE / Phone number

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

UF / State

PAIS / Country



116600926



"RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"
 "To recycle materials is to preserve the environment"

DEVOLUÇÃO /

- ☐ Mudou-se (Moved)
☐ Recusado (Refused)
☐ Desconhecido (un)
☐ Não procurado (N)
☐ Ausente (Absent)

Tentativas de entrega

1* / / as

Informação pres
 Information provis

Reintegrado ao :
 Reinstated to posts

Data: / / A:
 Date Date SI



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 ☒ Moto ☐ Ônibus ☐ Caminhão ☐ Veículo não identificado

Ano: 2014 / 2014

Data do acidente: 27/04/2019

Nome da Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Cobertura reclamada:

☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Pedestre ☐ DAMS ☐ Morte ☒ Invalidez

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

☒ Registro de Ocorrência Policial: Nº. 19E0279000448

☐ Laudo do IML

☐ DUT Nº

☐ Certidão de óbito

☒ RG/CNH da Vítima: Nº. 7255278 SDS/PE EMISSÃO 26/11/2002

☐ Procuração Pública / Particular

☒ CPF da Vítima: Nº. 059.790.674-26

☐ RG do Procurador:

☒ RG/CNH da Vítima /beneficiário(s): Nº. 7255278 SDS/PE EMISSÃO 26/11/2002

☐ CPF do Procurador:

☒ 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, 12 / 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 evitar-se liquidações dúbias, em prejuízo da Seguradora e/ou dos próprios beneficiários.

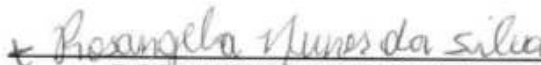


DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

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 CIRCUNSCRIÇÃO** 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: HOUE CONSOLIDAÇÃO DE FRATURAS 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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSANGELA NUNES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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: 000000008388-7

Nr. da Autenticação 941EB97812322E19





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, 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 15322645





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

00050142



Carta nº 15335250





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

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

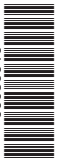
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00079/00080 - carta_15R - INVALIDEZ

00030040





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 ASL: 3 - CPF da vítima: 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 2702 2 CONTA: 8388 7
(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TACARATU/PE, 12.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V007/2019



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.

Rosângela Nunes da Silva
BENEFICIÁRIO (A)



**Lauda 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 Joao 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: OSTEOSSÍNTESE 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. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) 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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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):
PÉ - Lado Direito
% do dano: (X) 10% residual () 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):
% do dano: () 10% residual () 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


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

