



Número: **0000089-74.2021.8.17.3320**

Classe: **Outros procedimentos de jurisdição voluntária**

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

Última distribuição : **28/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
<b>MARTA MARIA DA SILVA (AUTOR)</b>	JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO(A)) MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA (ADVOGADO(A))
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
<b>MARIA RAFAELA SOUSA DE CARVALHO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
144830548	19/09/2023 07:50	<a href="#">2806487_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos



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

**PROCESSO: 00000897420218173320**

**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 **MARTA MARIA 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

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,

BARREIROS, 15 de setembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

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



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:00  
Número do documento: 23091907501246700000141450374  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=23091907501246700000141450374>  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830548 - 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:00  
Número do documento: 23091907501246700000141450374  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=23091907501246700000141450374>  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830548 - Pág. 3



Número: **0000089-74.2021.8.17.3320**

Classe: **Outros procedimentos de jurisdição voluntária**

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

Última distribuição : **28/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
<b>MARTA MARIA DA SILVA (AUTOR)</b>	JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO(A)) MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA (ADVOGADO(A))
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
<b>MARIA RAFAELA SOUSA DE CARVALHO (PERITO)</b>	
Documentos	
Id.	Data da Assinatura
144830549	19/09/2023 07:50
	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>
Tipo	
Outros Documentos	

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

---

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210041676**

**Vítima: MARTA MARIA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARTA MARIA 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



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

---

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2021

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3210041676

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTA MARIA 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARTA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002124

Conta: 0000062921-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

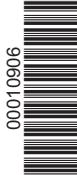
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
029 825 134-55 Marta Maria da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Marta Maria da Silva	029 825 134-55		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Do lar	20a. Fazenda São Francisco	90	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PEGO Km 65	Bonfim	PE	55560-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD) (RJ) 98110-9531		
administrativa@phyraadv.com.br			

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:

RECUZO 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2124

CONTA: 62921

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 deuou 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 Lider pagará, caso devida, 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.

34  
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Barreiros, 01 de Setembro de 2020  
Marta Maria da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ 0011 10007501262300000141450375

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0172000480**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/08/2020 às 10:46

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuioso (Consumado) que aconteceu no dia 7/7/2020 às 08:40**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BARREIROS, 1, R. ATRES BELO, CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS ( AUTOR / AGENTE )  
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO ( OUTRO )  
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA ( OUTRO )  
MARTA MARIA DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc. MARIA JOSE DA SILVA Pai JOSE VITALINO DA SILVA Data na Nascimento: 7/1/1976 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8884483/889/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 886016420

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BARREIROS, 00, FAZENDA SAO FRANCISCO, PLATOR 00, CASA 99 - CEP: 59090-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO /BRASIL

LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **029 825 134-55** 3 - CPF da vítima: **029 825 134-55** 4 - Nome completo da vítima: **Marta Maria da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:	<b>Marta Maria da Silva</b>		6 - CPF:	<b>029 825 134-55</b>					
7 - Profissão:	<b>Do lar</b>	8 - Endereço:	<b>Rua Fazenda São Francisco</b>		9 - Número:	<b>90</b>	10 - Complemento:	<b>casa</b>	
11 - Bairro:	<b>Barreiros</b>		12 - Cidade:	<b>Barreiros</b>		13 - Estado:	<b>PE</b>	14 - CEP:	<b>55560-000</b>
15 - E-mail:	<b>administrativa@phyraadv.com.br</b>					16 - Tel.(DDD):	<b>(81) 98110-9531</b>		

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"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **2124**

CONTA: **62921**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 deuou 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 Lider pagará, caso devida, 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.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Barreiros, 01 de Setembro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ 00111111/0010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner

# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

577,75

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

CLIENTE: MARTA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02124

CONTA: 00000062921-0

---

Nr. da Autenticação 62065CC9C05420B0



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 6

ATENDIMENTO: RUA STA TEREZINHA - NUM. - SN - CENTRO BARREIRO  
CEP 55560-000

DADOS DO CLIENTE  
 MARTA MARIA DA SILVA MATRÍCULA: 103855734 Jul/2020  
 LOT FAZENDA SAO FRANCISCO, N. 00090 - PE60 KM65 BARREIROS PE 5  
 55560-000  
 INSCRIÇÃO: 014.125.212.0000.900 GRUPO: 9 DEB. AUTOMÁTICO: 103855734

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A108018654	DATA LEIT. ANTERIOR 02/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 01/08/2020		TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD

AGUA:  
 LEIT ANT: 479 CONSUMO: 9  
 LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET  
 LEIT FAT: 488

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2020 09  
 05/2020 09  
 04/2020 09  
 03/2020 09  
 02/2020 09  
 01/2020 09  
 MÉDIA 09

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIMENTO
TURBIDEZ	34	34	25
COR APARENTE	34	34	25
CLORO RESIDUAL	34	34	34
COLIF. TOTAIS	34	34	34
COLI	34	34	34

Qualidade de Água: www.cnpj.mt.gov.br/controle

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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  
 AUSÊNCIA DE AUSÊNCIA AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS

CONSUMO TOTAL (m³)

ÁGUA  
 RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
 1 DE ÁGUA

9 m³ 44,03

MULTA P/ IMPONTEUALIDADE 06/2020  
 MULTAS DE MORA 04/2020

0,88  
0,41

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/08/2020

TOTAL A PAGAR: 45,37

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1420811434

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
 COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281.0142  
 Ouvidoria 0800 282 5599  
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
 do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
 na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
<b>JEIMISON JOSE NERY DE LYRA</b>

DATA DE VENCIMENTO
<b>26/02/2020</b>
TOTAL A PAGAR
<b>R\$ 0,62</b>

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
04/02/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
11/02/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
095264522

CONTA CONTRATO
<b>7003590261</b>
CLASSIFICAÇÃO
COMERCIAL Trifásico B3

ENDEREÇO
RUA JOAO B VASCONCELOS 111 --A - CENTRO/BARREIROS -55560-000 BARREIROS PE -

PERÍODO CONSUMO	CONSUMO
06/01/2020 a 03/02/2020	0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-----------------------

VIA PARA PAGAMENTO
--------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7003590261	02/2020	R\$ 0,62	26/02/2020	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000002 006200110070 003590261104 149093220536



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jeronim José Neri de Almeida inscrito (a) no CPF 049.520.594 / 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Maria Maria da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua João Batista de Vasconcelos</u>		<u>111</u>	<u>A</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Bonfim</u>	<u>PE</u>	<u>55560-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>administrativo@jalonacab.com.br</u>	<u>(81) 3675-1858</u>	<u>(31) 98110-9581</u>	

Bonfim, 03 de Setembro de 2020  
Local e Data



Assinatura do Declarante

DLORL001/V001/2017

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMENA

92073  
Data 07/07/2020

Paciente	Nome: <i>Mario Maria da Silva</i>	Nº Ocorrência
Responsável	Residência: <i>Azamora São Francisco plotor 06.</i> Nº <i>90</i>	Telefone:
Nome:	<i>Mario José da Silva</i>	Telefone:
Residência:	<i>Scorp. esposo.</i>	

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Documento de Identidade
<input type="checkbox"/> Segurado		<input type="checkbox"/> Masc.	<i>07/03/76</i>	<input type="checkbox"/> Bras.	Número
<input type="checkbox"/> Esposa		<input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Idade: <i>44</i>	<input type="checkbox"/> Estrang.	Órgão Emissor
<input type="checkbox"/> Filhos				<input type="checkbox"/> UF	
<input type="checkbox"/> Outros					
Paciente Chegou		Ambulância / Hora	Acidente / Hora	Atendimento	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> De Auto	Saída	Saída	<i>10h 06.</i> Min	<input type="checkbox"/> Caso Policial
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Outros	Chegada	Chegada		

Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Exames Complementares
Max: <i>190</i>	Min: <i>80</i>	Axilar <i>07</i> Retal <i>36.1</i>	<i>10300 98/10</i>

Causa provável da lesão - queixa principal  
Exame Físico - Sinais - Sintomas

Paciente relata dor no joelho  
e após queda de cama.  
Nega alergia.

Dm(-) MAS(-)

Sem lesões aparentes  
no joelho e  
Dúvida RX.

R. Roberta Chaves da Flor  
CORPO: PES95047  
Ent. Enfermeira

Tratamento

- ① Cetoprofeno Olamp 500mg agote
- ② Dipirona Olamp 500mg agote

*Bojo*  
Ana Beatriz Fazio  
Médica  
CREMPE: 6109

Destino dado ao paciente	Impressão Diagnóstica
--------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	
-------------------------------------	------------------------------------	--

Encaminhado	
-------------	--

Removido	C.I.D.:
----------	---------

Obito às _____ H _____ Min. do dia _____	Doença Concedida _____ Dias
---	-----------------------------

Encaminhada ao I.M.L. <input type="checkbox"/>	Assinatura - Carimbo - CRM/CRO
--	--------------------------------



Scanned by CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 11



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

**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: **3210041676**

Nome do(a) Examinado(a): **MARTA MARIA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOT FAZENDA SÃO FRANCISCO, 90, , Barreiros/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **Não Informado / Não Informado**

Data e local do acidente: **07/07/2020 - Barreiros/PE**

Data e local do exame: **25/02/2021 - Recife/PE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**contusão de joelho esquerdo**

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

**imobilização com tala, fez fisioterapia. Não comprova data da alta médica**

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

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

**Sim**

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

**Sim**

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

**limitação de grau leve do joelho esquerdo, com bloqueio articular.**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA  
DO FIMAVAN  
1  
95015915

NOME  
NOITE  
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA  
EXERCÍCIO  
2019

PE N° 014801732182 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA  
55560-000

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
DATA EMISSÃO  
09/02/19  
CNPJ 03.946.600/0001-94

Digitalizado com CamScanner

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA

BARREITROS-PE

CPF / CNPJ

PLACA

KRS9161

CHASSI

9C2JC307088R073155

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO-FAB

2007

ANO-FIM

2008

MARCA / MODELO

HONDA / CG 125 FAN

CATEGORIA

PRATIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

VEHIC./DONS

11

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3210041676  
Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Cidade: Barreiros  
Data do acidente: 07/07/2020

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão de joelho esquerdo

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador, imobilização com tala, fez fisioterapia.

Sequela estabelecida

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/02/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE** Marta Maria da Silva

Brasileiro (a), estado civil Solteira, profissão Do Pão

Residente e domiciliado à Rua 10º. Sazenda São Francisco

Nº 90, Bairro PE 60 KM 65 Município de Barreiros

Estado de Pernambuco CEP 55560-000 Portador (a) do  
RG Nº 5404463 SSP/ PE e CPF Nº 029.825.134-55

**OUTORGADO:** Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado , advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco , CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) autorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Marta Maria da Silva

ocorrido em 07 / 07 / 2020 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros , 03 , Fevereiro de 20 21.

Marta Maria da Silva

**OUTORGANTE**

CPF Nº 029.825.134-55

Digitalizado com CamScanner

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037412/21

**Vítima:** MARTA MARIA DA SILVA

**CPF:** 029.825.134-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2020

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Titular do CPF:** MARTA MARIA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

### MARTA MARIA DA SILVA : 029.825.134-55

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2021  
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA  
CPF: 049.520.594-05

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2021  
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO  
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO



**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Seu: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN Es Objeto correspondente: MOTO  
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa: KKS8161 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Cabs: 8G2JC3970BR073186  
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008 Combustível: GASOLINA**

**Complemento / Observação**

**AFIRMOU A SR<sup>a</sup> MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE ÓLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHAO, AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SR<sup>a</sup> MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSE DA CORDA GRANDE/PE, TENDO PRONTUARIO N°81673, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO ORTOPEDICA.**

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

**MARTA MARIA DA SILVA  
(VITIMA)**

*Marta maria da Silva*

**S.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264**





PREFEITURA DE  
**MARAGOGI**  
nasce um novo tempo  
SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO**

NOME:

Maria Flores da Silva

ENDEREÇO:

Desconhecido  
Av Alor Tavares da Silva  
Era Avr 0000 N° 102. 0  
entre Rua + Rua 1000.  
Bairro Poco com proximidade  
de um bairro com concentração  
infantil.

MRS.MMS

DATA:

31/10/20

ASS. PROFISSIONAL

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

NOME: \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

DATA 11 ASS. PROFISSIONAL

Digitalizado com CamScanner

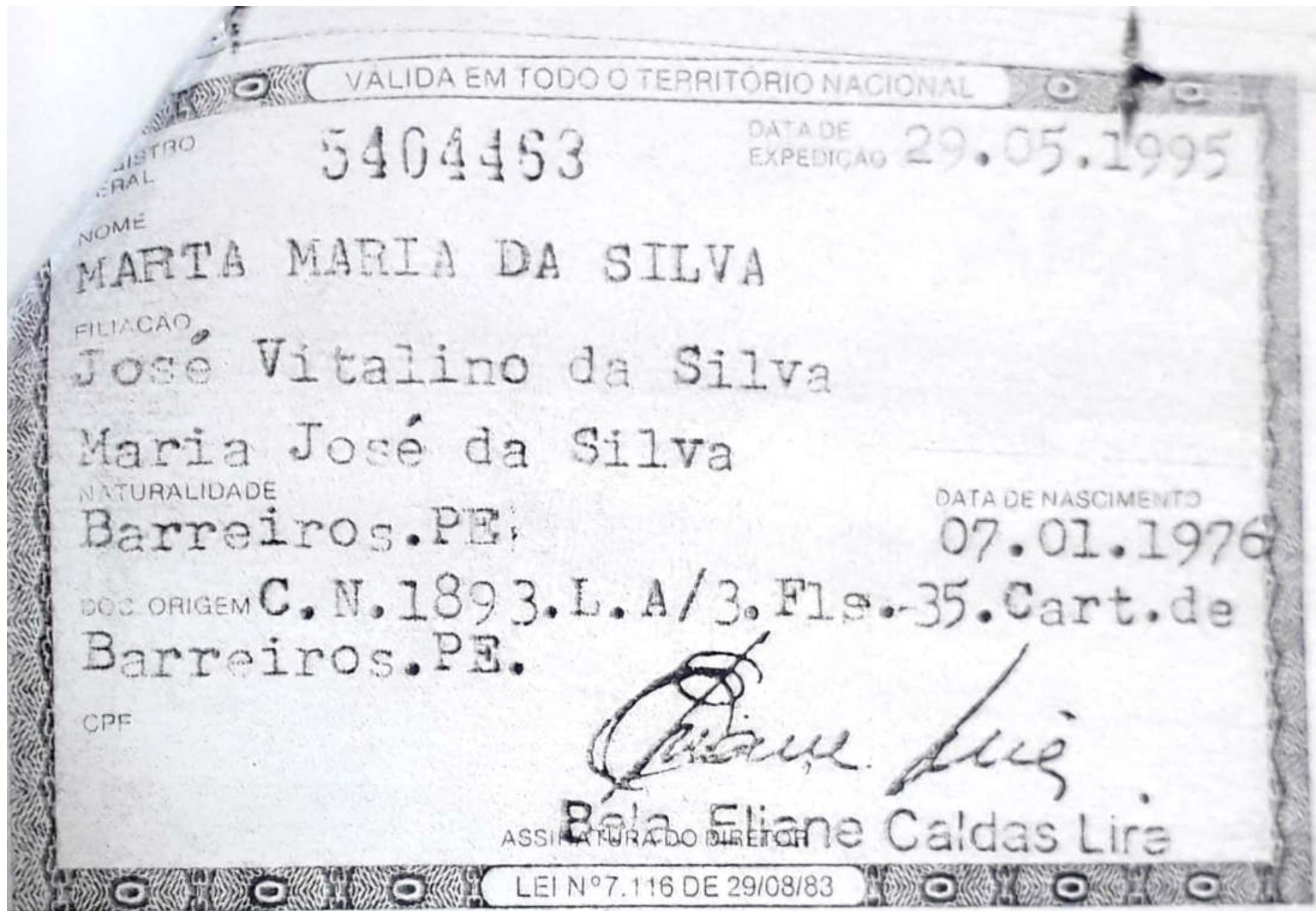
Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 19



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

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



Leonardo Neves  
Médico  
CRM 17 742



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE - DP82<sup>a</sup>CIRC DINTER1/13<sup>a</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0172000519

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/09/2020 às 10:45

Completa o BO Número: 20E0172000480

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 7/7/2020 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BARREIROS, 1, R. AYRES BELO,  
CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE )  
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO )  
MARTA MARIA DA SILVA (VITIMA )  
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO

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

MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Pai: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1978 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8484483/SSP/PE (RG) Estado Civil: AMASCIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 886818428

Enderço Residencial: MUNICIPIO DE BARREIROS, 80, FAZENDA SAO FRANCISCO, PLATOR 06, CASA 98 - CEP: 55800-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO /BRASIL

LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:

1 of 1

02/09/2020 10:46

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/.mfpol/xml/BOEPreview.html

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 22





IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CRES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Maria da Luz

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Male

Female

RACA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

TC 25 10000 E5L

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO (S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Descrição do diagnóstico

Último tension / constri?

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Maria Barros

DATA DA SOLICITAÇÃO

14/08/20

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

( ) CNS    ( ) CPF

048177813411

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

( ) CNS    ( ) CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

/ / - / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

**CPF**

029.825.134-55

MARTA MARIA DA SILVA

07/01/1976



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 24

**DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KK58161** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **BC2JC3679ER073166**  
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

**Complemento / Observação**

**AFIRMOU A SR<sup>a</sup> MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE OLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHAO, AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SR<sup>a</sup> MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SAO JOSE DA COROA GRANDE/PE, TENDO PRONTUARIO N°92873, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIACAO ORTOPEDICA.**

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

**MARTA MARIA DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARCONI JOSE ALVES DA SILVA** - Matrícula: **3884264**



02/09/2020 10:46

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 25





SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDE

Ministério  
da  
Saúde

APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais  
Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

NOME DO PACIENTE

Maria Nova de Souza

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Male

Female

RACA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

An S00m 632

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Descrição do diagnóstico

Gota sensível / curva

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Transf. Hr 30 dias

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ivan Barros

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

093773V3411

DOCUMENTO

( ) CNS

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

( ) CPF

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

/ / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 26



PREFEITURA DE  
**MARAGOGI**  
nasce um novo tempo  
SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## RECEITUÁRIO

NOME:

Maria Nunes da Silva

ENDEREÇO:

Rua do Rio

Dr Alvaro Trindade em forma  
esta área com NF 104. A  
este endereço + rectal proctos.  
Assim como punho com amigdala  
é uma sialogram com consti-  
tuição inflamatória.

11255.11165.

DATA:

31/10/12

ASS. PROFISSIONAL

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_

QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_

QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_

QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_

QTDE. \_\_\_\_\_

DATA. / /

ASS. PROFISSIONAL

Digitalizado com CamScanner



PREFEITURA DE  
**MARAGOGI**  
nasce um novo tempo  
SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## RECEITUÁRIO

NOME:

*Ana Lúcia*

ENDEREÇO:

*Dt Maricá Iul - 3am.*

DATA:

*/ /*

ASS. PROFISSIONAL

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

DATA */ /* ASS. PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 28





SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÉRGIO FERREIRA MACEDO

HRP



## RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Monte moro  
Reg. Nº  
de SibôUro onel  
① Proflom 01 Sc

Tomar 01 comp

de 12 / 12h

Dr. Daniel Sanches  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM-PE 19.149

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185  
Palmares - PE  
[www.hrpalmares.com](http://www.hrpalmares.com)  
081 3661-8430

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 29



SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE

PREFEITURA DE

**MARAGOGI**

nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO**

NOME:

Maria Anna dos Santos

ENDEREÇO:

Rua

Dpto. de enfermagem / enfermeira

Jardim São Luís, 20 10100-

60000-000

DATA:

28/08/20

ASS. PROFISSIONAL

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

NOME: \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

DATA. / / ASS. PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

Digitalizado com CamScanner





PREFEITURA  
SÃO JOSÉ  
DA COROA GRANDE  
VOCÊ ENCONTRA AQUI

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE  
SAÚDE  
VOCÊ ENCONTRA AQUI

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Marta Maria da Silva

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Paciente em segundo trimestre

Aqui consta de todos os exames.

Encontra-se agora para fazer as

suas atividades diárias.

PROFISSIONAL DE SAÚDE  
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
CRM/CRO/COREN

18/09/20

DATA

CRM/CRO/COREN

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 31





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO FERREIRA MACEDO

RECEITUÁRIO



Unidade:

Nome:

Clinica:

Morte Nova  
Reg. N°  
do Sul

Enfer.:)

Solicito



Fistulopexia  
motora  
20 reuniões

HD = Antônio  
de Melo

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data:

Dr. Daniel Sanches  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM: 19.149

Eng. Quilombo dos Palmares, KM 101, Km 185  
Palmares - PE  
[www.hrpalmares.com](http://www.hrpalmares.com)  
081 3661-8430

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:53:48

Número do documento: 23091907501262300000141450375

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501262300000141450375>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:12

Num. 144830549 - Pág. 32

ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

### TECNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens multiplanares do joelho esquerdo nas sequências pesadas em T1 e em densidade protônica com e sem supressão de gordura.

### ANALISE:

Pateia alta.

Focos e áreas com sinal hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura de permeio a medular óssea do cóndilo femoral lateral e platô tibial correspondente, sugerindo edema/contusão pós-traumática.

Pequeno foco com sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura, justacortical no aspecto posterior do cóndilo femoral lateral, também sugerindo alteração pós-traumática.

Sinal irregular no corno posterior do menisco interno, o qual aparentemente se estende a superfície meniscal inferior, podendo corresponder a pequena lesão.

Menisco externo sem alterações apreciáveis.

Ligamento cruzado anterior espessado, com sinal isointenso em T1, sugerindo estiramento/sinovite.

Ligamento colateral medial irregular, notadamente em sua porção proximal, com edema nas partes moles circunvizinhas, sugerindo lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral integros.

Tendões do quadriceps e patelar com intensidade de sinal normal.

Cartilagem patelar levemente afilada, com foco de edema em sua faceta medial, sugerindo contusão.

### NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES



para confecção de próteses  
equipe da WebLab

clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE



ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Registro: 124249

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

Pequeno derrame articular, sugerindo sinovite.

Pequeno cisto de Baker.

Edema no tecido celular subcutâneo do joelho, notadamente nas faces anterior e medial.

Correlacionar com dados clínicos.

LDc

*Patrícia N Zanardi*  
Dra. Patrícia N Zanardi  
CRM 28054 - PE

## NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES



ma.com.br  
EQUIPE DA WEBLAUD

clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE

Digitalizado com CamScanner





Número: **0000089-74.2021.8.17.3320**

Classe: **Outros procedimentos de jurisdição voluntária**

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

Última distribuição : **28/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
<b>MARTA MARIA DA SILVA (AUTOR)</b>	JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO(A)) MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA (ADVOGADO(A))
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
<b>MARIA RAFAELA SOUSA DE CARVALHO (PERITO)</b>	
Documentos	
Id.	Data da Assinatura
144830550	19/09/2023 07:50
	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>
Tipo	
Outros Documentos	

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3210041676  
Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Cidade: Barreiros  
Data do acidente: 07/07/2020

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão de joelho esquerdo

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador, imobilização com tala, fez fisioterapia.

Sequela estabelecida

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/02/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais no joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

02/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

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

CLIENTE: MARTA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02124

CONTA: 00000062921-0

---

Nr. da Autenticação 1609E48A2FD90B70



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 2



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE - DP82ªCIRC DINTER1/13ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0172000480**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/08/2020 às 10:46

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuioso (Consumado) que aconteceu no dia 7/7/2020 às 08:40**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BARREIROS, 1, R. ATRES BELO, CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE )  
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (OUTRO )  
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO )  
MARTA MARIA DA SILVA (VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc. MARIA JOSE DA SILVA Pai JOSE VITALINO DA SILVA Data na Nascimento: 7/1/1976 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8884483/889/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 886016420

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BARREIROS, 00, FAZENDA SAO FRANCISCO, PLATOR 00, CASA 99 - CEP: 59090-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO /BRASIL

LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Seu: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): PEDRO OLIVEIRA DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN Es Objeto correspondente: MOTO  
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa: KKS8161 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Cabs: 8G2JC3970BR073186  
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008 Combustível: GASOLINA**

**Complemento / Observação**

**AFIRMOU A SR<sup>a</sup> MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE ÓLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHAO, AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SR<sup>a</sup> MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SÃO JOSE DA CORDA GRANDE/PE, TENDO PRONTUARIO N°81673, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIAÇÃO ORTOPEDICA.**

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

**MARTA MARIA DA SILVA  
(VITIMA)**

*Marta maria da Silva*

**S.O. registrado por: MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3854264**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE - DP82<sup>a</sup>CIRC DINTER1/13<sup>a</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0172000519

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/09/2020 às 10:45

Completa o BO Número: 20E0172000480

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 7/7/2020 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BARREIROS, 1, R. AYRES BELO,  
CENTRO - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE )  
PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO )  
MARTA MARIA DA SILVA (VITIMA )  
LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO

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

MARTA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Pai: JOSE VITALINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/1/1978 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8484483/SSP/PE (RG) Estado Civil: AMASCIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: - 886818428

Enderço Residencial: MUNICIPIO DE BARREIROS, 80, FAZENDA SAO FRANCISCO, PLATOR 06, CASA 98 - CEP: 55888-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO /BRASIL

LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:

1 of 1

02/09/2020 10:46

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/.mfpol/xml/BOEPreview.html

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 5



**DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PEDRO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ FERREIRA DE LIMA FILHO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KK58161** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **BC2JC3679ER073166**  
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

**Complemento / Observação**

**AFIRMOU A SR<sup>a</sup> MARTA MARIA DA SILVA, QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE SEU ESPOSO, QUANDO DE REPENTE O VEICULO DERRAPOU EM UMA PARTE DA ESTRADA MOLHADA DE OLEO, VENDO OS DOIS CAIREM NO CHAO, AMBOS SE MACHUCARAM, SENDO QUE A SR<sup>a</sup> MARTA DEU ENTRADA NO HOSPITAL OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA, NA CIDADE DE SAO JOSE DA COROA GRANDE/PE, TENDO PRONTUARIO N°92873, QUE A MESMA PRECISOU DE AVALIACAO ORTOPEDICA.**

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

**MARTA MARIA DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARCONÉ JOSE ALVES DA SILVA** - Matrícula: **3884264**



02/09/2020 10:46

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
029 825 134-55 Marta Maria da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Marta Maria da Silva	029 825 134-55		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Do lar	20a. Fazenda São Francisco	90	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PEGO Km 65	Bonfim	PE	55560-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD) (RJ) 98110-9531		
administrativa@phyraadv.com.br			

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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2124

CONTA: 62921

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 deuou 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 Lider pagará, caso devida, 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.

34  
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Barreiros, 01 de Setembro de 2020  
 Marta Maria da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ 00111111/0010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner



ATENDIMENTO: RUA STA TEREZINHA - NUM. - SN - CENTRO BARREIRO  
PE 55560-000

DADOS DO CLIENTE  
 MARTA MARIA DA SILVA MATRÍCULA: 103855734 Jul/2020  
 LOT FAZENDA SAO FRANCISCO, N. 00090 - PE60 KM65 BARREIROS PE 5  
 5560-000 INSCRIÇÃO: 014.125.212.0000.900 GRUPO: 9 DEB. AUTOMÁTICO: 103855734

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A108018654	DATA LEIT. ANTERIOR 02/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 01/08/2020		TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD

ÁGUA:  
 LEIT ANT: 479 CONSUMO: 9  
 LEIT ATU: RECOR ANORM HD RET  
 LEIT FAT: 488

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2020 09  
 05/2020 09  
 04/2020 09  
 03/2020 09  
 02/2020 09  
 01/2020 09  
 MÉDIA 09

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIMENTO
TURBIDEZ	34	34	25
COR APARENTE	34	34	25
CLORO RESIDUAL	34	34	34
COLIF. TOTAIS	34	34	34
COLI	34	34	34

Qualidade de Água: www.cnpj.mt.gov.br/controle

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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  
 AUSÊNCIA DE AUSÊNCIA AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS

CONSUMO TOTAL (m³)

ÁGUA  
 RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
 1 DE ÁGUA

9 m³ 44,03

MULTA P/ IMPONTEUALIDADE 06/2020  
 MULTAS DE MORA 04/2020

0,88  
0,41

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/08/2020

TOTAL A PAGAR: 45,37

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1420811434

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002  
 COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281.0142  
 Ouvidoria 0800 282 5599  
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
 do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
 na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
<b>JEIMISON JOSE NERY DE LYRA</b>	<b>26/02/2020</b>	04/02/2020	<b>7003590261</b>
ENDEREÇO	TOTAL A PAGAR	DATA DA APRESENTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
RUA JOAO B VASCONCELOS 111 --A - CENTRO/BARREIROS -55560-000 BARREIROS PE -	<b>R\$ 0,62</b>	11/02/2020	COMERCIAL Trifásico B3
PERÍODO CONSUMO	CONSUMO		
06/01/2020 a 03/02/2020	0		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7003590261	02/2020	R\$ 0,62	26/02/2020	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838200000002 006200110070 003590261104 149093220536				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jeronim José Neri de Almeida inscrito (a) no CPF 049.520.594 / 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Maria Maria da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.825.134 / 55 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua João Batista de Vasconcelos</u>		<u>111</u>	<u>A</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Bonfim</u>	<u>PE</u>	<u>55560-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>administrativo@jalonacab.com.br</u>	<u>(81) 3675-1858</u>	<u>(31) 98110-9581</u>	

Bonfim, 03 de Setembro de 2020  
Local e Data



Assinatura do Declarante

DLORL001/V001/2017

Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMENA

92073  
Data: 07/07/2020

Paciente	Nome: <i>Mario Maria da Silva</i>	Nº Ocorrência
Responsável	Residência: <i>Azamora São Francisco plotor 06.</i> Nº <i>90</i>	Telefone:
Nome:	<i>Mario José da Silva</i>	Telefone:
Residência:	<i>Scorp. esposo.</i>	

Condição	Profissão	Sexo	Nascimento	Nacionalidade	Documento de Identidade
<input type="checkbox"/> Segurado		<input type="checkbox"/> Masc.	<i>07/03/76</i>	<input type="checkbox"/> Bras.	Número
<input type="checkbox"/> Esposa		<input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Idade: <i>44</i>	<input type="checkbox"/> Estrang.	Órgão Emissor
<input type="checkbox"/> Filhos				<input type="checkbox"/> UF	
<input type="checkbox"/> Outros					
Paciente Chegou		Ambulância / Hora	Acidente / Hora	Atendimento	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> De Auto	Saída	Saída	<i>10h 06.</i> Min	<input type="checkbox"/> Caso Policial
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Outros	Chegada	Chegada		

Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Exames Complementares
Max: <i>190</i>	Min: <i>80</i>	Axilar: <i>07</i> Retal: <i>36.1</i>	<i>10300 98/10</i>

Causa provável da lesão - queixa principal  
Exame Físico - Sinais - Sintomas

Paciente relata dor no joelho  
e após queda de canto.  
Nega alergia.

Dm(-) MAS(-)

Sem lesões aparentes  
no joelho e  
Dentre RX.

R. Roberta Chaves da Flor  
CORPO: PE095047  
Ent. Enfermeira

Tratamento

- ① Cetoprofeno 01amp FM agore
- ② Dipirona 01amp FM agore

*Bojo*  
Ana Beatriz Fazio  
Médica  
CREMPE: 6109

Destino dado ao paciente	Impressão Diagnóstica
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado
Encaminhado _____	
Removido _____	C.I.D.: _____
Obito às _____ H _____ Min. do dia _____	Doença Concedida _____ Dias
Encaminhada ao I.M.L. <input type="checkbox"/>	Assinatura - Carimbo - CRM/CRO



PREFEITURA DE  
**MARAGOGI**  
nasce um novo tempo  
SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO**

NOME:

Maria Flores da Silva

ENDEREÇO:

Desconhecido  
Av Alor Tavares da Silva  
Era Avr 0000 N° 102. 10  
entre Rua + Rua 1000.  
Bairro Poco com proximidade  
de um novo com constru-  
ção infarto.

MRS/MMS

DATA:

31/10/20

ASS. PROFISSIONAL

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

NOME: \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

DATA 11 ASS. PROFISSIONAL

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 12





IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Maria da Luz

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Mas

Fem

RACA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

TC 25 10000 500

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO (S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Descrição do diagnóstico

Último tension / constri?

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Maria Barros

DATA DA SOLICITAÇÃO

14/08/20

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

( ) CNS    ( ) CPF

048177813411

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

( ) CNS    ( ) CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDEMinistério  
da  
Saúde

APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais  
Laudo de Solicitação / Autorização

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CHES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Maria Nova de Souza

NP DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Macho

Fem

RACA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

An Sono 63

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRÍÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Gota sensível / curva

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Tremor Hr 30 dias

## SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ivan Barros

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

093773V3411

## AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGÃO EMISOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

Digitalizado com CamScanner



NOME:

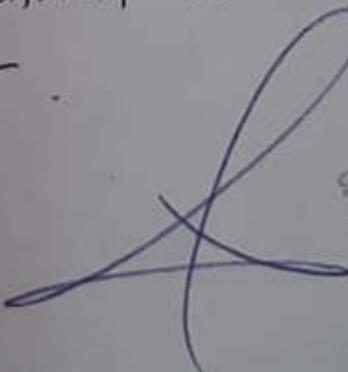
Maria Nunes da Silva

ENDEREÇO:

Rua das Flores

Deve ser tratado em forma  
de arco com 10 cm.  
Este arco deve ser feito de  
estes dentes + rectos proximais.  
Assim como punho com amarração  
de uma semente com contra-  
mão inflamatória.

1255.1165.



ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DATA:

31/10/12

ASS. PROFISSIONAL

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

NOME: \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_

QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_

QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_

QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_

QTDE. \_\_\_\_\_

DATA. / /

ASS. PROFISSIONAL



PREFEITURA DE  
**MARAGOGI**  
nasce um novo tempo  
SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## RECEITUÁRIO

NOME:

*Ana Lúcia*

ENDEREÇO:

*Dt Maricá Iul - 3am.*

DATA:

*/ /*

ASS. PROFISSIONAL

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

NOME: \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

DATA */ /* ASS. PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 16





SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÉRGIO FERREIRA MACEDO

HRP



## RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Monte moro  
Reg. Nº  
de SibôUro onel  
① Proflom 01 Sc

Tomar 01 comp

de 12 / 12h

Dr. Daniel Sanches  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM-PE 19.149

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Eng. Quilombo dos Palmares, BR 101, Km 185  
Palmares - PE  
[www.hrpalmares.com](http://www.hrpalmares.com)  
081 3661-8430

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 17



SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE

PREFEITURA DE

**MARAGOGI**

nasce um novo tempo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO**

NOME:

Maria Anna dos Santos

ENDEREÇO:

Rua

Dpto. de enfermagem / enfermeira

Jardim São Luís, 20 10100.

6 ANOS 25 ADM.

DATA:

28/08/20

ASS. PROFISSIONAL

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

NOME: \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

MEDIC. \_\_\_\_\_ QTDE. \_\_\_\_\_

DATA. / / ASS. PROFISSIONAL \_\_\_\_\_

Digitalizado com CamScanner





PREFEITURA  
SÃO JOSÉ  
DA COROA GRANDE  
VOCÊ ENCONTRA AQUI

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE  
SAÚDE  
VOCÊ ENCONTRA AQUI

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Marta Maria da Silva

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Paciente em segundo trimestre

Aqui consta de todos os exames.

Encontra-se agora para fazer as

suas atividades diárias.

18/09/20

DATA

CRM/CRO/COREN

PROFISSIONAL DE SAÚDE  
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
CRM/CRO/COREN

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 19





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO FERREIRA MACEDO

RECEITUÁRIO



Unidade:

Nome:

Clinica:

Morte Nova  
Reg. N°  
do Sul

Enfer.:)

Solicito



Fistulopexia  
motora  
20 reuniões

HD = Antônio  
de Melo

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data:

Dr. Daniel Sanches  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM: 19.149

Eng. Quilombo dos Palmares, 185 101, Km 185  
Palmares - PE  
[www.hrpalmares.com](http://www.hrpalmares.com)  
081 3661-8430

Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 20



ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Registro: 124249

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

### TECNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens multiplanares do joelho esquerdo nas sequências pesadas em T1 e em densidade protônica com e sem supressão de gordura.

### ANALISE:

Pateia alta.

Focos e áreas com sinal hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura de permeio a medular óssea do cóndilo femoral lateral e platô tibial correspondente, sugerindo edema/contusão pós-traumática.

Pequeno foco com sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em densidade protônica com supressão de gordura, justacortical no aspecto posterior do cóndilo femoral lateral, também sugerindo alteração pós-traumática.

Sinal irregular no corno posterior do menisco interno, o qual aparentemente se estende a superfície meniscal inferior, podendo corresponder a pequena lesão.

Menisco externo sem alterações apreciáveis.

Ligamento cruzado anterior espessado, com sinal isointenso em T1, sugerindo estiramento/sinovite.

Ligamento colateral medial irregular, notadamente em sua porção proximal, com edema nas partes moles circunvizinhas, sugerindo lesão.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral integros.

Tendões do quadriceps e patelar com intensidade de sinal normal.

Cartilagem patelar levemente afilada, com foco de edema em sua faceta medial, sugerindo contusão.

### NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES



para confecção de próteses  
equipe da WebLaus

clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE



ID do Paciente: 943762

Data Nasc.: 07/01/1976

Nome: MARTA MARIA DA SILVA

Registro: 124249

Data do exame: 25/08/2020 13:27

Solicitante: DR. HORACIO LUIS BARROS

Pequeno derrame articular, sugerindo sinovite.

Pequeno cisto de Baker.

Edema no tecido celular subcutâneo do joelho, notadamente nas faces anterior e medial.

Correlacionar com dados clínicos.

LDc

*Patrícia N Zanardi*  
Dra. Patrícia N Zanardi  
CRM 28054 - PE

## NOVA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, 1.5 TESLA

- ALTA TECNOLOGIA
- PRECISÃO EM DIAGNÓSTICO
- RAPIDEZ NA EXECUÇÃO DE EXAMES



ma.com.br  
EQUIPE DA WEBLAUD

clinicsanta@hotmail.com

Unidade I - ☎ (81) 3662-1577

Unidade II - ☎ (81) 3661-0320

Palmares - PE

Digitalizado com CamScanner





Scanned by CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 23



Digitalizado com CamScanner

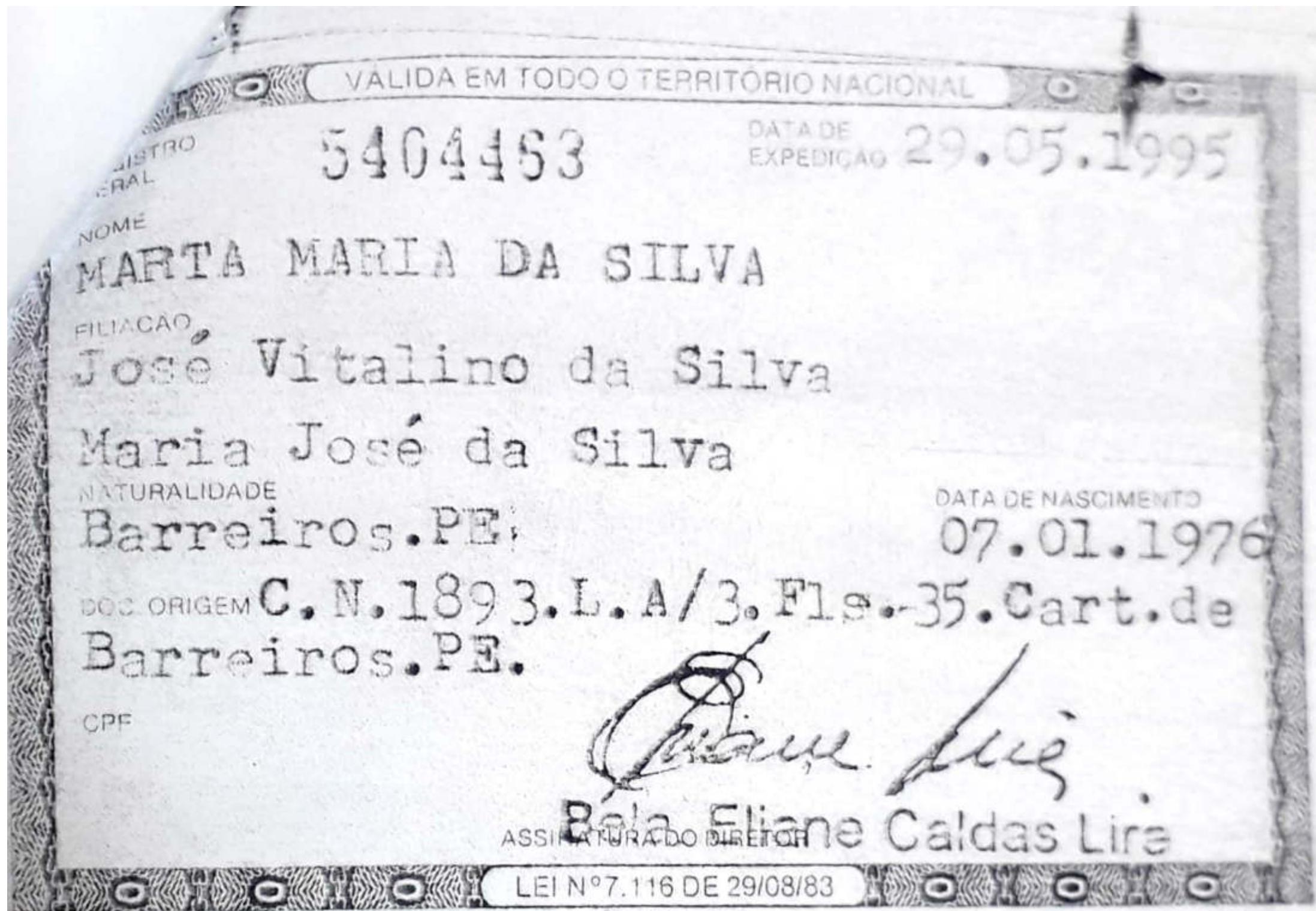


Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

**CPF**

029.825.134-55

MARTA MARIA DA SILVA

07/01/1976



Digitalizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 26

**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: **3210041676**

Nome do(a) Examinado(a): **MARTA MARIA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOT FAZENDA SÃO FRANCISCO, 90, , Barreiros/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **Não Informado / Não Informado**

Data e local do acidente: **07/07/2020 - Barreiros/PE**

Data e local do exame: **25/02/2021 - Recife/PE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**contusão de joelho esquerdo**

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

**imobilização com tala, fez fisioterapia. Não comprova data da alta médica**

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 130°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho esquerdo.

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

**Sim**

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

**Sim**

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

**limitação de grau leve do joelho esquerdo, com bloqueio articular.**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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



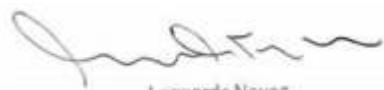
Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

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



Leonardo Neves  
Médico  
CRM 17 742



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE  
GENATRAN

Nº 014801732182  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO  
VIA DO FIMAVAN  
AUTR.C.  
EXERCÍCIO  
2019

PEDRO OLIVEIRA DA SILVA

NOITE

PE Nº 014801732182 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
SEGURADORA LIDER - DPVAT  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204  
55560-000

CONTRAN

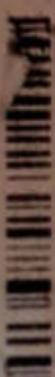
BARREITROS-PE	
PLACA ANT. (UF)	PLACA
478 372-764-34 PE	KRS9161
DATA EMISSÃO	9C20C307088R073155
BRAS / MOTOCICLETA	COMBUSTÍVEL
MARCA / MODELO	GASOLINA
HONDA/CG 125 FAZ	AÑO-FAB.
CAP / POT / CIL	2007
2P/12ACL	COR PREDOMINANTE
	PRETA
I - IPVA 2019 QUINHÃO	VENC. COTA UNICA
P - FAIXA IPVA	11-09-2019
V - FAIXA IPVA	2-09-2019
A - FAIXA IPVA	3-09-2019
PRÉMIO TARIIFÁRIO	
PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
80. 11 SEGURAR	032. 34.58
DATA DE PAGAMENTO	
07/02/19	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA. NÃO É O REPORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA	
DATA	
09/02/19	

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	478 372 764-34	2019	09/02/19
REMOVIM.	MARCA / MODELO	PLACA	
950159161	HONDA/CG 125 FAZ	KRS9161	
AÑO FAB.	ANO-FAB.	VALORES	
2007	09	9C2JC307088R073155	
PRÉMIO TARIIFÁRIO			
R\$ (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
36. 05	4.01	40. 06	
DUSTO DO BILHETE (R\$)	DPF (R\$)	VALOR SEM PIS/PASEP (R\$)	
4. 15	0. 32	84. 58	
PAGAMENTO		DATA DE OUTAÇAO	
<input type="checkbox"/> PARCELA DO		07/02/19	

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CPNJ 03.946.609/0001-94

RESERVE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
NAO É O REPORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA



Digitalizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 19/09/2023 07:54:35

Número do documento: 23091907501285700000141450376

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091907501285700000141450376>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/09/2023 07:50:13

Num. 144830550 - Pág. 29



# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE** Marta Maria da Silva

Brasileiro (a), estado civil Solteira, profissão Do Pão

Residente e domiciliado à Rua 10º. Sazenda São Francisco

Nº 90, Bairro PE 60 KM 65 Município de Barreiros

Estado de Pernambuco CEP 55560-000 Portador (a) do  
RG Nº 5404463 SSP/ PE e CPF Nº 029.825.134-55

**OUTORGADO:** Jeimison José Neri de Lyra, brasileiro, casado , advogado, residente domiciliado à Rua JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, 111 A – CENTRO – BARREIROS - PE, estado de Pernambuco , CEP 55560-000, portador do RG Nº 6312850 SSP/PE e CPF Nº 049.520.594-05.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) autorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) Marta Maria da Silva

ocorrido em 07 / 07 / 2020 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiros , 03 , Fevereiro de 20 21.

Marta Maria da Silva

**OUTORGANTE**

CPF Nº 029.825.134-55

Digitalizado com CamScanner

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037412/21

**Vítima:** MARTA MARIA DA SILVA

**CPF:** 029.825.134-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2020

**Titular do CPF:** MARTA MARIA DA SILVA

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

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

### MARTA MARIA DA SILVA : 029.825.134-55

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2021  
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA  
CPF: 049.520.594-05

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2021  
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO  
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO



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

---

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210041676**

**Vítima: MARTA MARIA DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARTA MARIA 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

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

---

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2021

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3210041676

Vítima: MARTA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTA MARIA 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARTA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002124

Conta: 0000062921-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

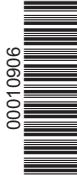
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **029 825 134-55** 3 - CPF da vítima: **029 825 134-55** 4 - Nome completo da vítima: **Marta Maria da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:	<b>Marta Maria da Silva</b>		6 - CPF:	<b>029 825 134-55</b>					
7 - Profissão:	<b>Do lar</b>	8 - Endereço:	<b>Rua Fazenda São Francisco</b>		9 - Número:	<b>90</b>	10 - Complemento:	<b>casa</b>	
11 - Bairro:	<b>Barreiros</b>		12 - Cidade:	<b>Barreiros</b>		13 - Estado:	<b>PE</b>	14 - CEP:	<b>55560-000</b>
15 - E-mail:	<b>administrativa@phyraadv.com.br</b>					16 - Tel.(DDD):	<b>(81) 98110-9531</b>		

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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2124**

CONTA: **62921**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 deuou 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 Lider pagará, caso devida, 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.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Barreiros, 01 de Setembro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ: 0001 111111/0010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner

