



Número: **0000234-93.2017.8.17.2440**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

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

Última distribuição : **29/12/2017**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EUEDES JOSE CIRINO DA SILVA (AUTOR)		RENATA ALVES DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
78817680	16/04/2021 10:41	2557834_ALEGACOES_FINALS_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CANHOTINHO/PE

Processo n.º 00002349320178172440

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 **EUDES JOSE CIRINO 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., ., , vem apresentar a presente **ALEGAÇÕES FINAIS em forma de MEMORIAIS**, o que faz consubstanciado nas razões que seguem abaixo, expondo para em seguida requerer:

Aclarado Julgador, a Seguradora ré faz uso de suas Alegações Finais em forma de Memoriais para trazer a vosso crivo a análise da presente demanda, bem como apresentar sucintamente suas considerações referentes às suas teses de defesa.

Alega a parte autora em sua peça vestibular que, Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Em sede administrativa houve pagamento na monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

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.

O laudo produzido apresentou a seguinte conclusão:

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Debilidade auditiva à direita em 100%.



DA AUSÊNCIA DE COBERTURA – PERDA AUDITIVA UNILATERAL

Verifica-se, ainda, em que pese os fundamentos expostos na sentença, que a lei 11.945/09 trouxe a tabela que prevê o valor atribuído a cada seguimento corporal, contemplando aquilo que se achava coberto pelo seguro, e para o qual geraria o direito indenizatório.

Ocorre que, a tabela somente dispõe sobre a surdez bilateral, prevendo o valor corresponde em caso de indenização, contudo, não contempla a hipótese de surdez em apenas um dos ouvidos, como é o caso dos autos.

Inexiste, portanto, cobertura para o caso em tela, já que as limitações físicas aduzidas pelo perito não são previstas pela legislação.

Verifica-se, que tal situação encontra óbice justamente pela ausência de previsão da suposta invalidez apontada pelo juízo, a qual repita-se não foi constatada pelo perito.

Ora, o enquadramento da perda auditiva unilateral, em parte da tabela que não está prevista para ela não se mostra adequado, violando a legislação afeta à matéria.

Conclui-se, portanto, uma vez que não há precisão da invalidez na tabela, que possui um rol taxativo das lesões indenizáveis, não há que se falar em indenização por ausência de previsão legal.

Diante do exposto, requer sejam julgados improcedentes os pedidos da inicial, tendo em vista a ausência de cobertura para a invalidez da vítima.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Na remota hipótese de se verem superadas as teses acima, ainda assim, deverá ser observado que ao graduar invalidez para perda auditiva unilateral, o valor não poderá ser aquele estampado na tabela.

Uma vez que a tabela prevê a surdez bilateral e atribui o valor máximo de R\$ 6.750,00 e, o caso em tela apresenta uma surdez unilateral, o valor ali previsto deverá ser dividido pela metade.

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva <u>total bilateral</u> (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00

Sendo assim eventual condenação, deve se limitar ao valor total de R\$ 3.375,00, já que este seria o correspondente à surdez de apenas um dos ouvidos.

Considerando todo exposto, bem como o pagamento efetuado em sede administrativa, ainda assim, impõe-se o reconhecimento da quitação administrativa.

Dessa forma, por tudo mais que dos autos consta, bem como as provas produzidas, reportando-se o Réu as razões apresentadas na contestação, e fundamentação exposta na presente alegações finais, requer a total improcedência da demanda com a extinção do processo na forma do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CANHOTINHO, 8 de abril de 2021.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0000234-93.2017.8.17.2440**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

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

Última distribuição : **29/12/2017**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EUDES JOSE CIRINO DA SILVA (AUTOR)		RENATA ALVES DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
78819332	16/04/2021 10:41	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/04/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02244-6

CONTA: 000000024752-9

Nr. da Autenticação 93B1C1385A917B9D





PREFEITURA MUNICIPAL DE CANHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR



06/2015
16/2015

UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL MICRO-REGIONAL DE CANHOTINHO

PACIENTE

Nome: Eldes José da Silva Categoria: S.U.S
Sexo: M Idade: 30 Anos Estado Civil: Doct
Matrícula: 123456789 Profissão: Agricultor
Endereço: Rua Floriano de Azevedo
Precedência: 3 R

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende: Elvair de Parentesco: Bis
Endereço: _____ Fone: _____
Nascimento: Primeira Elvair de Azevedo
Endereço: O Leste Fone: _____

OCCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: 1 / 1 / 2015 Hora: _____
Natureza: ☐ Queda ☐ Acid. do Trabalho ☐ Tentativa de Suicídio
Do: ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
Acidente: ☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão ☐ _____

Atendimento: ☐ Cirúrgico ☐ Cirúrgico
Histórico da Doença Atual: Doença de base
do tipo de base
do tipo de base

ATENÇÃO MÉDICA

EXAME FÍSICO
Pressão Arterial: 120/80 Pulso: 72 Temperatura: 36,5
sem alterações
sem alterações
sem alterações
sem alterações

Diagnóstico Provisório: T.C.E.

Busa

RECEPCIONISTA

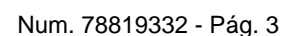
Dr. André Porto
Ortopedia Traumatologia
CRM 15.127-1

MÉDICO - CREMEPE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
0-3-547.0317
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 155 - 5º andar
Gravata - Recife - PE CEP 51011-040



infer to a original





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eudes Jose Cirino da Silva

RG nº 8684820, data de expedição 06/11/08, Órgão SDS-PE,

CPF nº 098261464-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO MUCURI</u>
Número	<u>18</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>CANHOTINHO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55420-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87)37811419</u>
E-mail	<u>omancelos.jr@gmail.com</u>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 713 Loja 5 Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CANHOTINHO/PE, 17 DE FEVEREIRO DE 2017.

Assinatura do Declarante: Eudes Jose Cirino da Silva





DATE _____ **TIME** _____

CTC RECIFE PE PLB

ETEVALDO JOSE DA SILVA
MUCURI 18 CASA
ZONA RURAL
55420-000 CANHOTINHO - PE



721408R181591430006GUSO-220178818



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

~~86-157-317~~

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - cj. 5

Gracas, Recife, PE, CEP 522-1-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

03 MAR 1967

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Gracias, Recibe, PE CEP 52010-3



Declaração do proprietário do veículo

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 MAR 2017
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-360

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Reconheço por Autenticidade a firma de **Adalberto José da Silva**: Dou fe. Carimbo/Info: 17/02/2017 13:01:53. Emcl. R\$: 3,68 TMR R\$: 0,72 Total: 4,40. Em teste da verdade **Adalberto Pereira Lima - BELLEFANTIMO**. Selu: 0073536.HA.02201701.00159. Consulte autenticidade em: www.tins-tus.br/selodigital.





PREFEITURA MUNICIPAL DE CANHOTINHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MICRO REGIONAL DE CANHOTINHO
O CRESCIMENTO CONTINUA!



Canhotinho, 20 de Fevereiro 2017.

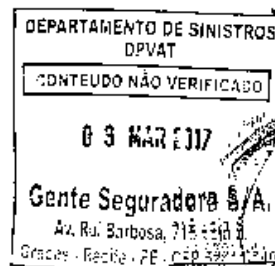
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a senhor, **Eudes José Cicero da Silva**, deu entrada nesta Unidade de Saúde vítima de acidente de trânsito no dia 07/06/2015, em seguida encaminhado ao Hospital Dom Mouro.

No momento do preenchimento da ficha de internamento, a recepcionista dessa Unidade equivocou-se quando trocou a letra U pela letra L do primeiro nome do paciente, escrevem **Eldes** quando na verdade seria **Eudes**.

Pedimos desculpas pelo transtorno e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Sem mais para o momento renovo votos de estima e consideração.



JOSE JORDÃO B. JÚNIOR
Diretor Hospital
Port.

José Jordão B. Júnior
Diretor Adm. Hospital





Doenças do nariz, ouvidos e garganta Rouquidão Ronco Apnéia do sono
Consultas Exames endoscópicos Cirurgias

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para fins de direito que **Eudes José Cirino da Silva** foi atendido por mim nesta e não apresenta alterações ao exame físico otorrinolaringológico.

O mesmo foi vítima de acidente automobilístico em Junho de 2015, evoluindo para perda auditiva do tipo neurossensorial de grau profunda à direita, de caráter irreversível, segundo exame audiométrico realizado pela fonoaudióloga Paula Lucena Rocha (CRFa. 4.038), no dia 23/11/16.

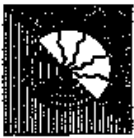
CID: H90.4

Dr. Tiago Santos
Otorrinolaringologista
CRM 15.034 / RQE 3.451

Garanhuns, 09 de novembro de 2015.

GARANHUNS: CLESAN - Av. Frei Caneca, 240 - Heliópolis - Garanhuns-PE | 67 3781-8180 | Tm - 99604-0977 | Vlv - 98122-0190
SÃO BENTO DO UNA: Av. Manoel Cândido, 88 | Centro | 61 99968.6850





CLÍNICA DR. JOSÉ WALTER

Diagnóstico por Imagem

Paciente: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA 25 Anos e 11 Meses(70725)
Solicitante: Dr.(a)
Atendimento: 175384
Convenio: PARTICULAR
Exame: TOMOGRAFIA CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

INFORMAÇÃO CLÍNICA: TCE há 1 ano. Hipoacusia direita.

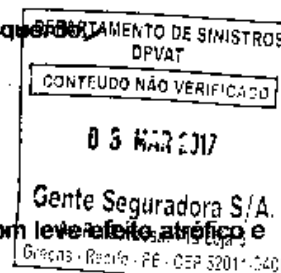
TÉCNICA DE EXAME: exame realizado com cortes axiais em aparelho multislice com algoritmo para tecidos moles e tecido ósseo, com reformatações nos planos coronais e sagitais, sem o uso de contraste iodado endovenoso.

INTERPRETAÇÃO:

Não há evidências de lesão expansiva, sangramento intracraniano ou coleções extra-axiais ✓
Ausência de desvio das estruturas da linha média ✓
Área hipotenuante córtico / subcortical no lobo frontal esquerdo, com leve efeito atrófico e foco de calcificação de permeio, de aspecto sequelar. X
Leve ectasia compensatória do corno frontal do ventrículo lateral esquerdo ✓
Restante do sistema ventricular com dimensões normais ✓
Tronco cerebral e cerebelo com densidade preservada ✓
Transição crânio-cervical anatômica ✓
Mastoides e cavidades paranasais com aeração preservada ✓

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Área hipotenuante córtico / subcortical no lobo frontal esquerdo, com leve efeito atrófico e foco de calcificação de permeio, de aspecto sequelar.




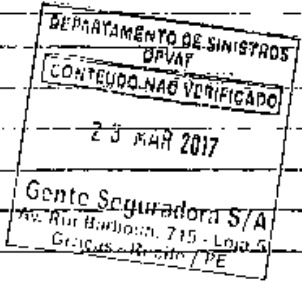
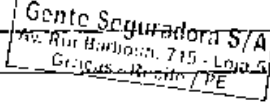
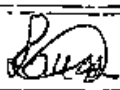

Garanhuns, 23 de novembro de 2016

Dr. José Walter R.B. Filho CRM 18180
Título de Especialista em Radiologia e
Diagnóstico por Imagem.

Dra. Máira Moraes Bezerra CRM / PE 22312
Médica Radiologista
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

Av. Rui Barbosa, 631 | Heliópolis | Garanhuns | PE | CEP: 55290-000



<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE CANHOTINHO</p> <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR</p> <p>UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL MICRO-REGIONAL DE CANHOTINHO</p>		<p>Região: <u>DF</u></p> <p>Data: <u>06/2015</u></p> <p>Horário: <u>16:20ms</u></p>
PACIENTE	Nome: <u>Eldes Jose da Silva</u>	Categoria: <u>S.U-S</u>
	Sexo: <u>M</u> Idade: <u> </u> Cor: <u>M</u> Estado Civil: <u>Doct</u>	
	Naturalidade: <u> </u> Profissão: <u>Agricultor</u>	
	Endereço: <u>Rua Placardi - Lanchinho</u>	 <p>0000</p>
	Procedência: <u>SR</u>	
RESPONSÁVEL	Pessoa de quem depende: <u>Elvairaldo</u>	Parentesco: <u>Pai</u>
	Endereço: <u> </u>	Fone: <u> </u>
	Trazido por: <u>Simão Elvane Kirino da Silva</u>	
	Endereço: <u>10 Resende</u>	Fone: <u> </u>
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: <u> </u> Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Hora: <u> </u>	
	Natureza: <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. Do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio Do: <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outros Causas Acidente: <input type="checkbox"/> Acid. Do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/>	
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
	Histórico da Doença Atual: <u>Prontidão em 90m</u>	
ATENÇÃO MÉDICA	EXAME FÍSICO	
	Pressão Arterial: <u> </u> Pulso: <u> </u> Temperatura: <u> </u>	
		
		
	Diagnóstico Provisório: <u>TCE</u>	
		
		
	<p>RECEPCIONISTA</p> <p>MÉDICO - CREMEPE</p>	







HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 449388	Data e Hora do Atendimento 07/06/2015 às 20:16:02	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada CLINICA ORTOPEDICA
------------------------------	--	--	--

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025173662 - EUDES JOSE CIRINO DA SILVA			
CNS:	Nascimento: 06/12/1990	Idade: 24 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE	Naturalidade: PALMARES	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: Ignorado	Filiação: Pai: Mãe: JANIRA CIRINO DE SIQUEIRA		
Endereço (Av., Rua, etc): SÍTIO BUCURI, Nº.		Complemento:	
Bairro:	Cidade: Canhotinho	UF: PE	Telefone:
Acompanhante:			
Condição:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Procedência: Canhotinho	Meio de Transporte:		

Atendimento Médico:

Data: / /	Hora:	Médico:	CRM:
-----------	-------	---------	------

Exame Principal:

DA: Pol. algodão no vértice de acidente c/ motocicleta
há 16' e evolui somento. após dor.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>	
Tropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Último Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Amadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

General	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °C
Respiratório			
Circulatório			
PA: x mm Hg		Pulso: bpm	
Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular: Escala: Hora:		Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Hora:	
Glasgow: Resposta Motora: Escala: Hora:		Glasgow: Resposta Motora: Escala: Hora:	

GCS = 15



E: Abdômen

abd. dolor.

Diagnóstico Inicial:

colica em bce

Exames Solicitados:

na @ tco lab.

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

① SNL 1000 ml - @
② SNL 01 amp en @
③ Dexamet 02 amp na @
④ Re tomar PA

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☒ Motivo:

⑤ rouma

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Obito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadit-se ☐

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

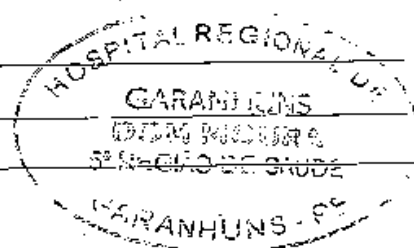
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Eudes Jose Cirino da Silva REGISTRO Nº: 449388
ENF.: _____ LEITO: 06 CLÍNICA: gép. Marcelino

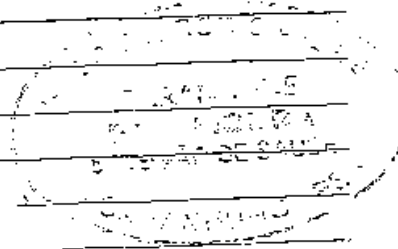
PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

17/06/15 Paciente consciente pouco orientado, reavaliado. História de acidente motociclístico, apresentou episódios de hematemese, realizada SNG para lavagem. Conforme poli-
talia médica SSU Armair, Eupenico, normotensão, normotensão. Afétil, normo-
brado, deambula medicado CPM, eli-
minações fisiológicas presentes. Segue em
observação.

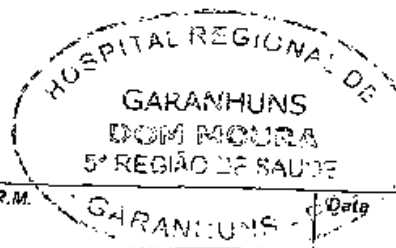
Reinaldo Ramos Capela
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 998797



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

14. A - 4703083

Unidade de Saúde <i>H. A. D. Moura</i>		Município <i>Garanhuns</i>	Região de Saúde <i>V</i>	
Nome do Paciente <i>Eudes José Cruz da Silva</i>				
Quadro Clínico <i>Vermelha + Cefaleia + Erupção</i>				
Diagnóstico <i>TCE 7 + Fratura do Fêmur?</i>				
1ª REMOÇÃO	Destino <i>H. Pestana</i>	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado) <i>Artrite + Artralgia</i>			
2ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável <i>[Assinatura]</i>	Nº do C.R.M. <i>16454</i>	Data <i>8/6/1</i>	
	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
3ª REMOÇÃO	Motivo (Registro detalhado)			
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
4ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)			
5ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
	Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada
6ª REMOÇÃO	Motivo (Registro detalhado)			
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
Unidade prestadora do atendimento		Município	H. de Saída	H. de Chegada
Especificação do Atendimento Prestado				
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data	



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA – FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. 1487604

Nome: após José Carlos da Silva

Foi atendido às 21 h do dia 08/06/15

Diagnóstico provável TCE: Contusão Externa (E)

+ Parusio Sane 21/06/15
Data da alta 23/06/15
Clín. SOB,

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

DECLARACÃO DE SINISTRO OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
23 MAR 2017
Centro Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa Graciosa - Recife / PE

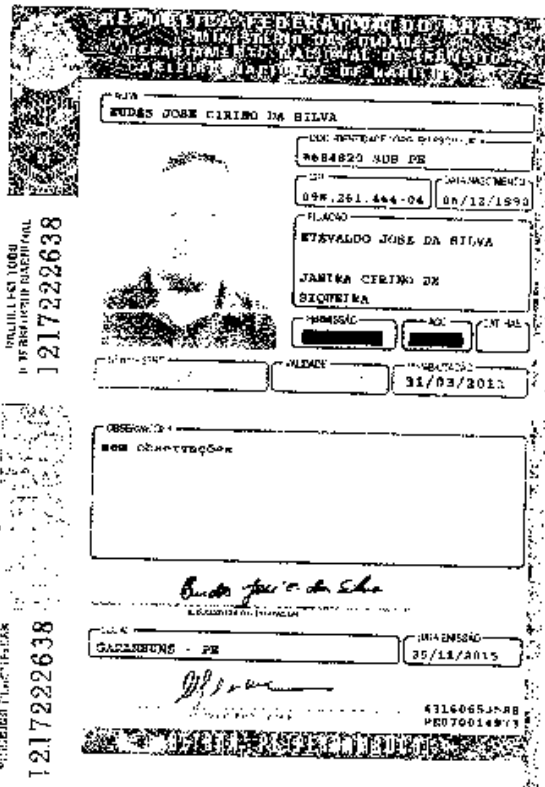
Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Recebeu por 21 (vinte e um)

DIAS. GILSON LEONARDO + CRISTIANE
OLIVEIRA

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação. Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.





20/02/2017

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr

(<http://www.vlibras.gov.br/>)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **098.261.464-04**

Nome da Pessoa Física: **EUDES JOSE CIRINO DA SILVA**

Data de Nascimento: **06/12/1990**

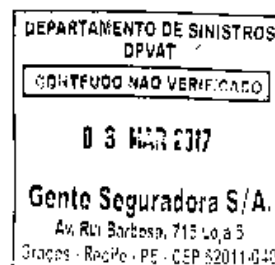
Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/10/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:21:10** do dia **20/02/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **3091.865D.960E.2DE2**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp>

1/2



REPUBLICA DE GUATEMALA GOBIERNO DE GUATEMALA MINISTERIO DE INTERIORES DIRECCION GENERAL DE IDENTIFICACION SERVICIO NACIONAL DE IDENTIFICACION			
NOME CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA			
JOE BENTON-400-0888707 1789511 ADM RM			
OPI 195-459-164-00		DEPARTAMENTO 10/09/1929	
PLANO JOSE LUIS DE FRANCA FILED MARIA JOSE DE SIQUEIRA FRANCA			
PERSESSO 1929		CAR NO 2	
N INSCRICAO 01529320136		VALOR 23/10/2020	
		IT RABEITADO 16/01/1966	
OBSERVACOES <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>			
<i>Jose Manuel de Guzman Lopez</i> PRESIDENTE DO TRIBUNAL			
LOCAL GUATEMALA		DATA 23/10/2015	
<i>[Signature]</i> PRESIDENTE DO TRIBUNAL			
N INSCRICAO 01529320136		VALOR 23/10/2020	
		IT RABEITADO 16/01/1966	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

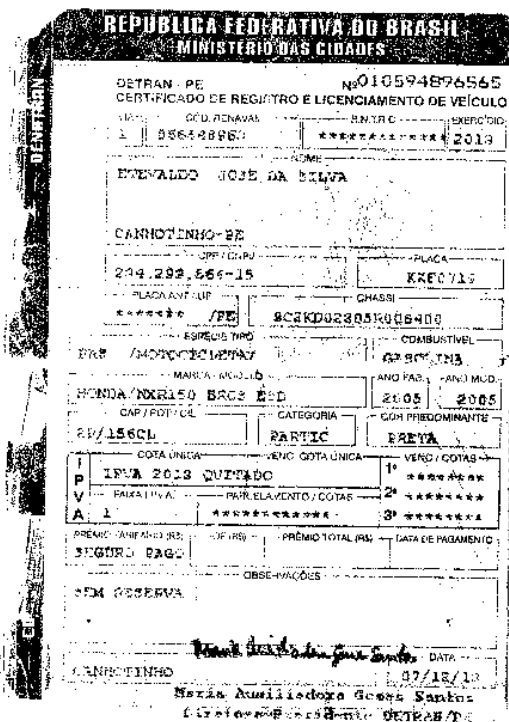
06 MAR 2017

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 745 Laje 5

Gracias - Recife - PE - CEP 520-4-240





SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 0105948976565

BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCICIO

EME NAO E DE PORTE OBRIGATORIO. 2013

CPF / CNPJ PLACA

294.299.564-15 KKK0719

ETEVALDO JOSE DA SILVA

CASA

CANOTINO-PE 55420-090

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 0105948976565

EXERCICIO DATA EMISSAO

2013 07/12/13

VIA CPF / CNPJ PLACA

2 294.299.564-15 KKK0719

RENAVAM MARGA / MODELO

866548962 HONDA/NKR150 BROS EBI

ANO FAB. CILINDR. RP CHASSI

2005 09 9C2ED2305R013400

PREMIO TARIFARIO

INS (R\$) DENUNTA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) RUF (R\$) TOTA A SER PAGAS DO SEGURO (R\$)

SEGURO FIANCA

PARAMENTO DATA DE QUITACAO

☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO

Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.808/0001-04



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170134314 **Cidade:** Canhotinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com contusão frontal esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de vertigem, surdez à direita e cefaleia. Ao exame vítima consciente e orientada, paralisia facial periférica à direita.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Tomografia Computadorizada de 23/11/2016: área hipoatenuante cortical e subcortical no lobo frontal, leve atrófico e foco de calcificação sequelar. Em relação a queixa de hipoacusia, a vítima deverá apresentar laudo audiométrico especificando o grau de perda e sua relação com o acidente.

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

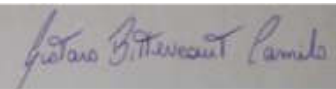
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170134314 **Cidade:** Canhotinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170134314 **Cidade:** Canhotinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com contusão frontal esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de vertigem, surdez à direita e cefaleia. Ao exame vítima consciente e orientada, paralisia facial periférica à direita.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Tomografia Computadorizada de 23/11/2016: área hipoatenuante cortical e subcortical no lobo frontal, leve atrófico e foco de calcificação sequelar. Em relação a queixa de hipoacusia, a vítima deverá apresentar laudo audiométrico especificando o grau de perda e sua relação com o acidente.

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

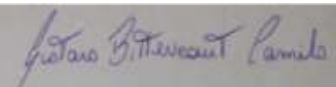
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **EUDES JOSE CIRINO DA SILVA** Sinistro: **3170134314** Data: **07/06/2015**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MUCURI, 18, CASA - ZONA RURAL - Canhotinho - PE - CEP 55420-000**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **1789511**
Data local do exame: [**06/04/2017**] **Garanhuns** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Traumatismo cranioencefálico com contusão frontal esquerda. Vítima queixa-se de vertigem, surdez à direita e cefaleia. Ao exame vítima consciente e orientada, paralisia facial periférica à direita.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Quadro submetido a tratamento conservador.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tomografia Computadorizada de 23/11/2016: área hipoatenuante cortical e subcortical no lobo frontal, leve atrófico e foco de calcificação sequelar. Em relação a queixa de hipoacusia, a vítima deverá apresentar laudo audiométrico especificando o grau de perda e sua relação com o acidente.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta nº: 10634597

A/C: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170134314 ASL-0088090/17
Vítima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA
Data Acidente: 07/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01031/01032 - carta_03



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta nº: 10634925

A/C: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170134314 ASL-0088090/17
Vitima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA
Data Acidente: 07/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01235/01236 - carta_01



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº: 10766224

A/C: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Sinistro: 3170134314 ASL-0088090/17
Vítima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA
Data Acidente: 07/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00519/00520 - carta_02



Rio de Janeiro, 21 de Abril de 2017

Carta nº: 10869732

A/C: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Sinistro: 3170134314 ASL-0088090/17
Vitima: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA
Data Acidente: 07/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CICERO MARCELO DE SIQUEIRA FRANCA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002244-6

Conta: 0000024752-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01515/01516 - carta_15R





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EUDES JOSE CIRINO DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 8684820 EXPEDIDO POR SDS - PE EM 06/11/08 E
CPF 098261464-04 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 930,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EUDES JOSE CIRINO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
RECEBIDO NA PRESEÇA DO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A.
103035 - Recife, PE - CEP 520-1040

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2244-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.752-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CANHOTINHOPE 17 de FEVEREIRO de 2017 Eu des Jose Cirino da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BANCO DO BRASIL S.A.
17/02/2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 09.59.45
0173273287

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2244-6 CONTA: 24.752-9
CLIENTE: EUDES JOSE CIRINO SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
18/01/2017		
Saldo Anterior		24.752,90
09/02/2017		
Deposito Online	300396	8.000,00
Saldo		32.752,90
13/02/2017		
Saque no IAA	331903	10.000,00
13/02 14:39 SAA-CARLOS FILHO		
Saldo		22.752,90
15/02/2017		
Pagam Presta-Cred Imob111-000501		1.000,00
Tarifa Pacote de Servicos 407967		1.000,00
Tarifa referente a 15/02/2017		
SALDO		20.752,90

Juros: * 0,00
Data de Gêntio de Juros 01/03/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTUO NAO VERIFICADO

03 MAR 2017

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gratias - Recife - PE CEP 52011-040





302267

Página 1 de 2
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife - PE - CEP 52011-040

0088090117



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 139ª CIRCUNSCRIÇÃO - CANNHOTINHO - DP139ªCIRC
DINTER1/15ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0229000057

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/02/2017 às 09:32

Complementa o BO número: 15E0229000321

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Concunhada) que aconteceu no dia 7/6/2015 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CANNHOTINHO, 1, SÍTIO MUCURI - Bairro: CENTRO - CANNHOTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
AGUIA (AUTOR AGENTE)
ETIVALDO JOSE DA SILVA (OUTRO)
EUDES JOSE CIRINO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EUDES JOSE CIRINO DA SILVA**

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

EUDES JOSE CIRINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JANIRA CIRINO DE SIQUEIRA** Pai: **ETIVALDO JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: **6/12/1990** Nacionalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8844826/SSPFE (RG), 89828146404 (CPF), 05172211905 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO AGRICOLA** Telefones Celulares: **- 82555854166**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE CANNHOTINHO, 1, SÍTIO MUCURI - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CANNHOTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ETIVALDO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **OLINDINA MARIA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **27/11/1955** Nacionalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1988521/SSPFE (RG)** Estado Civil: **ANUZIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE CANNHOTINHO, 1, SÍTIO MUCURI - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CANNHOTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**



ALGUÉM (não presente no plantão) = Sexo: Desconhecido; Nacionalidade: NÃO INFORMADO; PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): ETEVALDO JOSE DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(s):

EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 2006 Objeto apreendido: não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MEXF715 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Registro: 86554553 Chassi: 9C2K001305R00406

Ano fabricação/Modelo: 2005/2006

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Lda 5 Gravata, Recife, PE - CEP 52011-040

Complemento / Observação

SEGUNDO INFORMAÇÕES DA VITIMA O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO POR UMA ESTRADA NO REFERIDO ENDEREÇO, QUANDO SEM PERCEBER PASSOU POR UMA QUEBRA BOLA FEITA POR UM MORADOR DA LOCALIDADE. A VITIMA DISSSE QUE ESTAVA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA E QUE PERDEU O CONTROLE DA MESMA CAINDO AO CHÃO, QUE ATINGIU A CABEÇA E QUE DESMAIOU, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE DE CANHOTIMMO, QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA E EM SEGUNDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CAPITAL PERNAMBUCANA, ONDE FICOU INTERNADO POR 17 DIAS. AINDA SEGUNDO A VITIMA O ACIDENTE CAUSOU UM COSSOLO NA CABEÇA E PERDEU A AUDIÇÃO DO LADO DIREITO. DIANTE DESTA SITUAÇÃO A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA REGISTRAR O B.O., PARA POSTERIORMENTE DAR ENTRADA NO GESURO DPVAT.

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

Eu des Jose Cirino da Silva

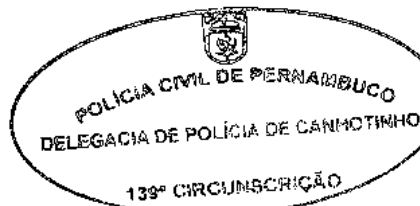
EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

(VITIMA)

ETEVALDO JOSE DA SILVA

(OUTRO)

B.O. registrada por: MANOEL MENEZES SOBRINHO - MAT. 288.444-8 - Matrícula: 288444-8





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Eudes Jose Cirino da Silva, portador da carteira de identidade nº 8684820 e inscrito no CPF/ME sob o nº 098261464-04, residente e domiciliado na SITIO MUCURI Nº 18 - ZONA RURAL, Cidade CANHOTINHO, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

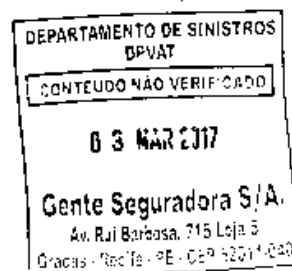
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Eudes Jose Cirino da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



CANHOTINHO - PE, 17 DE FEVEREIRO DE 2017

Local e data

