



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, Obrigaçāo 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
78817 680	16/04/2021 10:41	<u>2557834_ALEGACOES_FINALS_01</u>



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%.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/04/2021 10:41:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041610415844700000077203837>
Número do documento: 21041610415844700000077203837

Num. 78817680 - Pág. 1

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 correspondente 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, importa-se-ia 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/04/2021 10:41:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041610415844700000077203837>
Número do documento: 21041610415844700000077203837

Num. 78817680 - Pág. 2



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, Obrigaçāo 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
78819 332	16/04/2021 10:41	<u>ANEXO 1</u>

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/04/2021 10:41:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041610415863200000077203839>
Número do documento: 21041610415863200000077203839

Num. 78819332 - Pág. 1





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EUDÉS 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 posso comprovar 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 MULURI</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>marcelosfoncal@hotmail.com</u>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
SENTEU-DO-NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Batista, 715 Loja 5 Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Eudés José Cirino da Silva





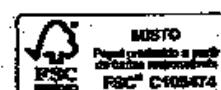
Você, sem fronteiras.



CTC RECIFE PE/PLB
ETEVALDO JOSE DA SILVA
MUCURI 18 CASA
ZONA RURAL
55420-000 CANHOTINHO - PE



7214046218159140000200500-22/01/2019



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAR 2017

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52311-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAR 2017

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52311-040



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/04/2021 10:41:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041610415863200000077203839>
Número do documento: 21041610415863200000077203839

Num. 78819332 - Pág. 5

Declarando do proprietário do veículo



Eu, EVIVALDO JOSE DA SILVA

RG nº 1958521, data de expedição 05/02/79.
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 034293564-15, com
domicílio na cidade de CANHOTINHO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO MUCURI, Nº 18 - ZONA RURAL, nº 18,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EUDES JOSE CIRINO DA SILVA, cujo o condutor era
EUDES JOSE CIRINO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/NXR 150 BROSE/SD

Ano: 2005

Placa: KKF 0719

Chassi: 9C2KDO2305R008400

Data do Acidente: 07-06-2015

Local e Data: CANHOTINHO/PE - 17 DE FEVEREIRO DE 2017 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

Evivaldo Jose da Silva
Assinatura do Declarante



CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 MAR 2017
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barrosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

Euvaldo Jose Cirino da Silva

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

R. Presidente Tancredo Neves, 451
Fone: (81) 3710-1000 - Fax: (81) 3710-1005
CEP 52011-040 - E-mail: 1.240.000-0000-0005
E-mail: tpje@jpe.jus.br - <http://tpje.jus.br>

Reconheço por Autenticidade a firma de Evivaldo Jose da
Silva, D.O.U. nº. Canhotinho/PE - 17/02/2017 13:01:53. Endr.
R\$ 3,00 - TIRF: R\$ 0,00. Total: 4,00. Em testem da verdade
Adalberon Baterra Lins DELEONARIO. Selº:
007335-HL02201701.00159. Consulte autenticidade em:
[www.tjpe.jus.br/selosdigitais](http://tpje.jus.br/selosdigitais).





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 vitima de acidente de transito 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, escreveu **Eldes** quando na verdade seria **Eudes**.

pediente, escreva-lhe quanto na verdade deve fazer.

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 MAR 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 - 5º andar
Graciosa - Recife - PE - CEP 52015-100

~~José Jordão B. Júnior
Diretor Adm. Hospital~~





Ossos da nariz, ouvidos e garganta | Faringite | Rinico | Apneia 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 neurosensorial 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 16.634 | RQE 3.451

Garanhuns, 09 de novembro de 2015.

GARANHUNS: CLÉSAN - Av. Frei Caneca, 240 | Heliópolis | Garanhuns-PE | 67 3781-8190 | Tim - 99604-0977 | Vivo - 99122-0190
SÃO BENTO DO UNA: Av. Mauáel Cândido, 86 | Dentro | 61 99988-5850





Clínica Dr. José WALTER

Diagnóstico por Imagem

Paciente: **EUDES JOSE CIRINO DA SILVA** 25 Anos e 11 Meses(70725)
Solicitante: Dr.(a)
Atendimento: **176384**
Convenio: **PARTICULAR**
Exame: **TOMOGRAFIA CRANIO**

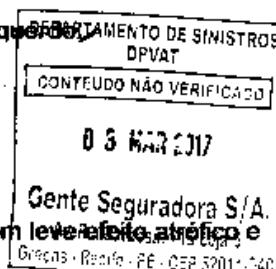
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

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
Tituto de Especialista em Radiologia e
Diagnóstico por Imagem.

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/04/2021 10:41:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041610415863200000077203839>
Número do documento: 21041610415863200000077203839

Num. 78819332 - Pág. 9

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANHOTINHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

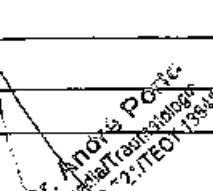
FOLHA DE INTERNACAO E ALTA HOSPITALAR

06/06/2015

16:20hs

UNIDADE DE SAÚDE HOSPITAL MICRO-REGIONAL DE CANHOTINHO

Nome: Eldo José da Silva Categorias: S.U.SSexo: M Idade: 60 Cor: M Rua: João Goulart Bairro: CentroNaturalidade: Brasil Profissão: AgricultorEndereço: Prado Aluvi - Ranhotinho Procedência: SRPessoa de quem depende: Neto Valdo Parentesco: BrasEndereço: Fone: Trazida por: Primo Blane Kirine da SilvaEndereço: O Leste Fone: Local do Acidente: Data: hora: Natureza Casual Acid. Do Trânsito Tentativa de SuicídioDo Queda Intoxicação Cutâneo GengivicoAcidente Acid. Do Trabalho Agressão Atendimento Clínico CirúrgicoHistórico da Doença Atual: Doença de surtode noite + com febreco. 25-30 dezenas de surtosco. 25-30 dezenas de surtos

Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
SF 03/500 ~ ~ ~			
Condições de Alta			
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito em _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Decisão Médica	
<input type="checkbox"/> Melhoramento	Hora _____	<input type="checkbox"/> Alta pedida	
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Transferência	
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Indisciplina	
Transferido para _____			
Diagnóstico Definitivo _____			
Observações _____			
 Dr. Ana Paula Penteado M.R. 12-2760188/11			
Data _____ / _____ / _____			
MÉDICO CRNEPE CARAMBO			



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	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): SITIO BUCURI, N°.		Complemento:		
Bairro:	Cidade: Canhotinho	UF: PE	Telefone:	
Acompanhante:				
Documentação:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			
Procedência: Canhotinho	Meio de Transporte:			

Atendimento Médico:

Data: / /	Horas: / /	Médico:	CRM: / /
Eixos Principais:			
IDA: Pd solco de piso velho vs secado a/ motocicleta h/ x/ - 60', exala sorolacto. n/les dor.			

história do Trauma:

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

Exame físico:

: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp.: °C
<i>Pele, cor, erupções.</i>			
: Respiratório			
: Circulatório	PA: x mm Hg	P脉: bpm	<i>HRM</i>
<i>PCV 2000 mL de clorotetox.</i>			
Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input checked="" type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>	<i>HRM</i>
Glasgow: Aberlatura Ocular: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Hora:	Glasgow: Resposta Motor: Escala: Hora:	<i>HRM</i>
<i>GCS = 15</i>			



E: Abdômen

POD dolor.

Diagnóstico Inicial:

Obstrução intestinal

Exames Solicitados:

Urografia

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

- ① SAI 3000 ml - ② 10/1
② Gluc 05 am 06/1 Y
③ Diurina 02 am 10/1 ④ 20/1
④ Re-tomar SA.

Indicação Cirúrgica: Sim Não Morbo

⑤ Necessário

Dr. Alfredo Lourenço
CRM: 21.980

④ ventor 800 ml observar risadas.

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadid-se

Transferido para:

Internado na Clínica

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:



Termo de Responsabilidade para Internamento

CRM: 21.980
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:

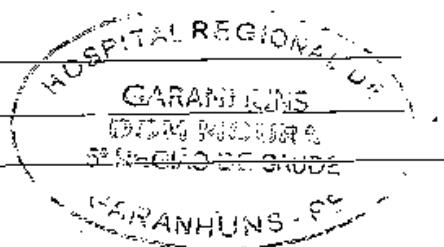
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

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 José Birino da Silva REGISTRO N.º 149388
ENF.: LEITO: 06 CLÍNICA: dep. Alzulino

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/04/2021 10:41:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041610415863200000077203839>
Número do documento: 21041610415863200000077203839

Num. 78819332 - Pág. 14

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

17/06/15 Paciente consciente, febre orientada, verbalizado. 31tima de acidente motociclistico, apresentou episodios de hematemese, utilizada SNG para lavagem. Conforone poli-
tialao midid 55W Normais, Esputos
normoesignificante, normoestenos. Afibril, normo-
radi, desembulha medicado CPM, ali-
mado por fisiologicas presentes. Segue em
observacao

Romário Beltrão Capita
TAC da Etiennegem
ODR/EPF 93/197



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

16. A - 6703083

Unidade de Saúde:			
H. A. D. M. M. A.	Município	Região de Saúde	
Nome do Paciente			
Existe perigo para vida do paciente			
Quadro Clínico			
Diagnóstico			
Destino			
H. Recife - ag -			
Motivo (Registro detalhado)			
Assinatura do Responsável			
1 ^o REMOÇÃO			
Destino			
H. Recife - ag -			
Motivo (Registro detalhado)			
Assinatura do Responsável			
2 ^o REMOÇÃO			
Destino			
H. Recife - ag -			
Motivo (Registro detalhado)			
Assinatura do Responsável			
3 ^o REMOÇÃO			
Destino			
H. Recife - ag -			
Motivo (Registro detalhado)			
Assinatura do Responsável			
4 ^o REMOÇÃO			
Destino			
H. Recife - ag -			
Motivo (Registro detalhado)			
Assinatura do Responsável			
5 ^o REMOÇÃO			
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

SERVICO DE NEUROTRAUMATOLOGIA – FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. 1497604

Nome: cares José Célio da Silva

Foi atendido às 21 h do dia 08/06/15

Diagnóstico provável Traumatismo Craniano

Primum Sanguis data da alta 23/06/15
CIO: 506

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)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
ESTADO NAO VERIFICADO
25 MAR 2017
Centro Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Bop.
Graciosa - Recife / PE

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Reforço de 21 (VINHO E CIN)

21m. São Jeodri + Crimose em
Octeto Di Retiro

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 Públíco do Estado de Pernambuco.





PROFESSOR FEDERAL DE SANTA CATARINA
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
DEPARTAMENTO FEDERATIVO DE ESTADUais
CARTEIRA NACIONAL DE MIGRAÇÃO

EDUARDO JOSE CIRINO DA SILVA

DATA DE Nascimento: 06/04/1990
CIN: 098.261.444-04
NASCIMENTO: 09/12/1990
LACAO:

ESTEVANO JOSE DA SILVA
JANTINA CIRINO DA
SILVIMA

INFORMAÇÕES: ADO CNT-48
VALIDADE: 31/03/2011

ASSINATURA: *Eduardo José Cirino*

DATA DE EMISSÃO: 30/11/2015
CATEGORIA: 03160653488
PROTÓCOLO: 21041610415863200000077203839

1217222638

PROFESSOR FEDERAL DE SANTA CATARINA
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
DEPARTAMENTO FEDERATIVO DE ESTADUais
CARTEIRA NACIONAL DE MIGRAÇÃO

ESTEVANO JOSE DA SILVA
JANTINA CIRINO DA
SILVIMA



20/02/2017

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)
(http://www.vlbras.gov.br/)

Serviços Barra GovBr



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**

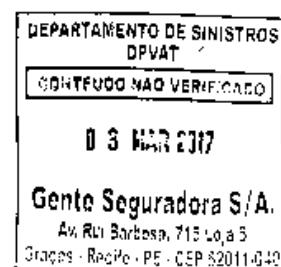
Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/10/2008**

Dígito 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/04/2021 10:41:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041610415863200000077203839>
Número do documento: 21041610415863200000077203839

Num. 78819332 - Pág. 19



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife - PE - CEP 52014-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 010594896565	
VIA: RUA RENAVAM - EXERCÍCIO: 2019 1. 856428954 *EXPIRA 2019	
ESTEVALDO JOSE DA SILVA	
CARNAÚBA-PE 214.293.564-15 PLACA: KKF0719 PLACA ANTOFAP CHASSI: 8C2KD0220516005400	
EPI: /ADPOCO2012747 COMBUSTÍVEL: G2 90% TNA MARCA/ANO/MDL: HONDA/NXR150 Bros ESD ANO FAB.: 2005 ANO MUD.: 2005	
CAP/PROT/PL: 22/1560L CATEGORIA: P COTA ÚNICA: VENDE COTA ÚNICA VENDA / COTAS: 1º * * * * * IPVA 2013 QUITADO 2º * * * * * PÁRATIVA: PAR. ELAMENTO / COTAS: 3º * * * * *	
PREÇO ANNUAL (R\$): 1.070,00 PRÉMIO TOTAL (R\$): 1.070,00 DATA DE PAGAMENTO: 07/12/18 SEGURADO PAGO PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 07/12/18	
SEM OBSERVAÇÃO	
DATA: 07/12/18 CARNAÚBA-PE Meia Auxiliadora Góes Santos Góes Santos - PE - 57300-000 - DETRAN/PE	
SEGURADO PAGO	
PRÉMIO TARIÁRIO	
PMS (R\$) DEPARTAMENTO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) 866549862 09 866549862	
CUSTO DO BILHETE (R\$) RUF (R\$) TOTAL ADESPAC NO BILHETE (R\$) 0,00 0,00 0,00	
SEGURADO PAGO	
PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 07/12/18	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.246.808/0001-04	

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 crânioencefálico com contusão frontal esquerda.

Descrição do exame 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 predizer 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 crânioencefálico com contusão frontal esquerda.

Descrição do exame 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 craniocéfálico 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 susceptíveis 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):

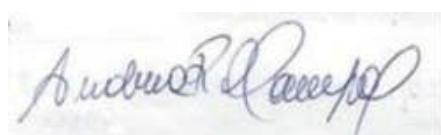
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 n°: 10634597

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.: 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



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 inicio 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



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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

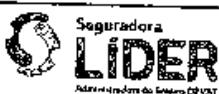
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ...



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 José Cirino da Silva**

POR TADOR(A) DO RG Nº **B684820**

EXPEDIDO POR **SDS - PE**

EM **06/11/08** E

CPF **09826196404-04** /CNPJ **000000000000-00**, PROFISSÃO **AGRICULTOR**
E RENDA MENSAL DE R\$ **930,00** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VITIMA **Eudes José Cirino da Silva**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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, TITULAR DA CONTA NÃO VERIFICADO
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 500,00 (a cada 15 dias, R\$ 100,00);
- 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.

03/11/2017

Gente Seguradora S/A

Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20030-100

Documentos: RG: 001-000000000000-00

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritas 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CANHOTINHO/PE **17** de **FEVEREIRO** de **2017**

LOCAL E DATA

Eudes José Cirino da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- 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: ELDES JOSE CIRINO SILVA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
18/01/2017		
Saída Antecipada		
09/02/2017		
Depósito Online	300396	0,00
Saída		
13/02/2017		
Saque no TAA	331903	0,00
13/02 14:39 SAA-CAMOTINHO		
Saída		
15/02/2017		
Passap. Presta-Cred Imobili 000581		
Tarifa Pacote de Serviços 407967		
Tarifa referente a 15/02/2017		
SAÚDO		
Juros *		0,00
Data da Emissão da Juros		17/02/2017

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



Boletim de Ocorrência

Página 1 de 2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 MAR 2017

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

0088090/117

342267

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 139ª CIRCUNSCRICAO - CANHOTINHO - DP139°CIRC
DINTER1/18°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 17E0229000057

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

Complemento ao BO número: 17E0229000321

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumidor) que acionou no dia 7/6/2015 às 17:39

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

Pessoas(s) envolvida(s) no ocorrência:

AI GUHM (AUTOR) / AGENTE
STEVALDO JOSE DA SILVA (OUTRO)
EUDES JOSE CIRINO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava com dono(a): EUDES JOSE CIRINO DA SILVA

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

EUDES JOSE CIRINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/MS: OLINDINA MARIA DA SIQUEIRA Pai: STEVALDO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 8/12/1990 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8084826/605/PE (RG), 49928148404 (CPF), 65172211995 (CRM) Estado Civil: SOLTEIRO(A), Cessação: 2º, GRAU COMPLETO Profissão: TÉCNICO AGRÍCOLA Trabalho: Ocupante: - 82955885166

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CANHOTINHO, 1, SITIO MUCURI - CEP: 55880-000 - Bairro: CENTRO - CANHOTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

STEVALDO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/MS: OLINDINA MARIA DA SIQUEIRA Pai: STEVALDO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 8/12/1990 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1958521/863/PE (RG) Estado Civil: AMAMENTADO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CANHOTINHO, 1, SITIO MUCURI - CEP: 55880-000 - Bairro: CENTRO - CANHOTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

ALGUEM (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sítio: STEVALDO JOSE DA SILVA, que rodava em passo (s) Sítio:
EUDES JOSE CRINO DA SILVA
Modelo/Marca/Ano: MOTOCICLETA/HONDA/ANOS: 150 Anos Objeto apreendido: N/A
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: 9899PFT (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 46654995 Chassi: 9C2K00136540446
Ano fabricação/Modelo: 2005/2005

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFUDO NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barrosa, 715 Loja 5
Cajazeiras, PB, CEP: 58011-040

Complemento / Observação

SEGUNDO INFORMAÇÕES DA VITIMA O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO POR UMA ESTRADA NO REFERIDO ENDERECO,QUANDO SEM PERCEBER PASSOU POR UMA QUEBRA MOLHA FEITO POR UM MORADOR DA LOCALIDADE A VITIMA DISSO 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 FOTVOLARES ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE DE CANHOTINHO,QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA E DESEGUINDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CAPITAL PERNAMBUCANA,ONDE FICOU INTERNADO POR 17 DIAS.AINDA SEGUNDO A VITIMA O ACIDENTE CAUSOU UM DESGOLHO NA CABEÇA E PERDEU A AUDIÇÃO NO LADO DIREITO.DIANTE DESTA SITUAÇÃO A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA REGISTRAR O B.O,PARA POSTERIORMENTE DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

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

Eu des. José Crino da Silva

EUDES JOSE CRINO DA SILVA
(VITIMA)

STEVALDO JOSE DA SILVA
(OUTRO)

Stevaldo Jose da Silva

B.O. registrada por: MANOEL NEUQUIQUE SOBRINHO - MAT. 208.444-8 - Matriula: 208444-8





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, EUDÉS JOSE CIRINO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 8684820 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098261464-04, residente e domiciliado na SITIO MUCURI, N° 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 Lider 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 José Cirino da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 MAR 2017
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5 Graciosa - Recife - PE - CEP 52014-020

CANHOTINHO - PE, 17 DE FEVEREIRO DE 2017

Local e data

