

	<p>Protocolo Nº 20191219174405069</p> <p>Sua solicitação foi enviada à Poço Redondo da Comarca de POCO REDONDO em 19/12/2019 17:44 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 201986000695

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 201986000695	Classe Procedimento Cível	Competência Comum	Poço Redondo
Guia Inicial 201913100493	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 24/05/2019	

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	05405607584	VALDIR AMARAL ALVES
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2613012_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_02.pdf	Petição
2	2613012_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

[Imprimir](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE POCO REDONDO/SE

Processo: 201986000695

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 **VALDIR AMARAL ALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o 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.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Conforme se depreende dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 03/08/2018.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ¹.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que por certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta, que é exatamente o caso dos autos.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

- 1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;
- 2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Assim, corroborado pela documentação apresentada nos autos, em especial laudo produzido, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar o enquadramento da invalidez conforme seguimento corporal acometido, bem como o grau de repercussão indicado pelo expert, em pleno atendimento à Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POCO REDONDO, 17 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

¹**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190230896 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR AMARAL ALVES **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA. P 3/8/9

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

06/21
Ficha de Assistência a Saúde
Nº DE
INSC.

6 JAN 2019

57360

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdri Amaral Alves

DATA

30/11/18

APELIDO

DATA DE NASCIMENTO: 14/03/90

SEXO: F

FILIAÇÃO:

PAI: Genivaldo de Jesus Alves

MÃE: Waldulene Amaral da Silveira Alves

ENDEREÇO: Rua Santa Ifigênia

REFERÊNCIA: P. Rocha

PROFISSÃO: Encanador

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
EPILEPSIA

HANSENIASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO SANGUINIO

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

PA - 120x80 - -

Pes - x do sangue dentro
Febre e fome desde, Envenenado por peixe
de Itaíva.

Ricardo F. de Carvalho
Médico
CRM SE 5828

09:

DADOS DO PACIENTE

Nome: Valdir Amorim Alves

SEXO FEM. MASC. IDADE: 28

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional de Telêmaco

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente relata que devido a uma lesão contusiva no membro de M1 Direito no seu -x quando joga de futebol.

Internar

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Hoje não foram feitos exames

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Nos temos interesse

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA 24h Soc Redondo

Unidade Hospitalar

10/11/19

Local e Data

Bento F de Carvalho
Médico
CRM SE 5822

Ass. do Médico

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 593114

DATA: 10/11/2018 HORA: 11:49 USUARIO: BAOLIVEIRA
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDIR AMARAL ALVES
 IDADE.....: 28 ANOS NASC: 14/09/1990
 ENDERECO....: POV SANTA ROSA DO ERMILIO
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
 NOME PAI/MAE...: ERISVALDO DE JESUS ALVES /WALDILENE AMARAL DA SILVA ALV
 RESPONSAVEL....: IRMA TEL...: 998182644
 PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE
 ATENDIMENTO....: TORCAO MEMBROS INFERIORES
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. _____

2. _____

Dr. Vinicius Sobral
Ortopedista
CRM-SE 5189

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIOHORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO







RECEITUÁRIO

Nome: Valdir Amaral Alves

Relatório médico

Paciente sofre acidente de moto há quase 3 mесs, com fratura de M 1 &, realizou imobilizações e foi indicado cirurgiões. Apresenta edema em tornozelo L. RX de perno L (04/02/19). Fratura óssea.

V284

Dra. Ingrid Xavier de Azevedo
Médica
CRM/SE 6026

Ass. e Carimbo / CRM

04/02/19

Data



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

06/21
Ficha de Assistência a Saúde
6 JAN 2019

Nº DE
INSC.

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdri Amaral Alves

DATA

30/11/18

APELIDO

DATA DE NASCIMENTO: *14/03/90*

SEXO: *FM*

FILIAÇÃO:

PAI: *Genivaldo de Jesus Alves*

MÃE: *Waldulene Amaral da Silveira Alves*

ENDEREÇO: *Rua Santa Ifigênia*

REFERÊNCIA: *P. Rocha*

PROFISSÃO: *Coronador*

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
EPILEPSIA

HANSENIASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO SANGUINIO

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

PA - 120x80 - - h

*Pes - x do sangue dentro
fazendo a língua dente, Envenenado por peixe
de Itaíva.*

*Rosângela F. de Carvalho
Médico
CRM SE 5828*

09:

DADOS DO PACIENTE

Nome: Valdir Amorim Alves

SEXO FEM. MASC. IDADE: 28

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional de Telêmaco

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente relata que devido a uma lesão contusiva no membro de M1 Direito no seu -x quando joga de futebol.

Internar

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Hoje não foram feitos exames

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Nos temos interesse

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA 24h Soc Redondo

Unidade Hospitalar

10/11/19

Local e Data

Bento F de Carvalho
Médico
CRM SE 5822F

Ass. do Médico

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 593114

DATA: 10/11/2018 HORA: 11:49 USUARIO: BAOLIVEIRA
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDIR AMARAL ALVES
 IDADE.....: 28 ANOS NASC: 14/09/1990
 ENDERECO....: POV SANTA ROSA DO ERMILIO
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
 NOME PAI/MAE...: ERISVALDO DE JESUS ALVES /WALDILENE AMARAL DA SILVA ALV
 RESPONSAVEL....: IRMA TEL...: 998182644
 PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE
 ATENDIMENTO....: TORCAO MEMBROS INFERIORES
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. _____

2. _____

Dr. Vinicius Sobral
Ortopedista
CRM-SE 5189

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Valdir Amaral Alves

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO







RECEITUÁRIO

Nome: Valdir Amaral Alves

Relatório médico

Paciente sofre acidente de moto há quase 3 mесs, com fratura de M 1 &, realizou imobilizações e foi indicado cirurgiões. Apresenta edema em tornozelo L. RX de perno L (04/02/19). Fratura óssea.

V284

Dra. Ingrid Xavier de Azevedo
Médica
CRM/SE 6026

Ass. e Carimbo / CRM

04/02/19

Data

Município de
Poco Redondo
Cuidando do nosso povo!
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório médico

Paciente Valdir Amaral Alves, nascido
seidente de moto há 4 meses, com fratura
de perna. Realizadas tratamen-
tos com immobilização e fisioterapia.
No momento, assintomático, com mo-
bilização preservada.

Dra. Ingrid Vaz de Andrade
CRM/SE 6026

Ass. e Carimbo / CRM

12 / 03 / 19

Data

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102248/19

Vítima: VALDIR AMARAL ALVES

CPF: 054.056.075-84

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/11/2018

Titular do CPF: VALDIR AMARAL ALVES

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

VALDIR AMARAL ALVES : 054.056.075-84

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

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

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190230896

Vítima: VALDIR AMARAL ALVES

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR AMARAL ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190230896 **Vítima: VALDIR AMARAL ALVES**

Data do Acidente: 09/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDIR AMARAL ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

8 JAN 2019

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

054.056.075-84

Nome completo da vítima:

Valdir Amaral Alves

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

Nome completo:

Valdir Amaral Alves

CPF:

054.056.075-84

Profissão:

Jardineiro

Endereço:

Rua Santa Rita do Luminoso

Número:

511

Complemento:

Casa

Bairro:

zona rural

Cidade:

Paco Redondo

Estado:

SC

CEP:

29.810-000

E-mail:

marcendufaria@gmail.com

Tel. (DDD):

19.9918.9207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4137

8

CONTA: 12386

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



8 JAN 2019



DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO
RUA NOVA, CENTRO FONE: (79)3337-1757 EMAIL: depol.pocoredondo@pc.sa.gov.br
RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06578.0-000717

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

Endereço: RUA NOVA, CENTRO FONE: (79)3337-1757 EMAIL: depol.pocoredondo@pc.sa.gov.br

FATO

Data e Hora do Fato: 09/11/2018 - 17:30 até 09/11/2018 - 17:30

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49810-000

Bairro: Povoado STA ROSA DO ERMÍRIO Cidade: POCO REDONDO - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Melo Empregado: OUTRO

**VÍTIMA-NOTICIANTE**

Nome: VALDIR AMARAL ALVES

Nome do pai: ERISVALDO DE JESUS ALVES Nome da mãe: WALDILENE AMARAL DA SILVA ALVES

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 21042446 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: POCO REDONDO Data de nascimento: 14/09/1990 Sexo: Feminino Cor da cutis: Parda

Profissão: AGRICULTOR Estado civil: Casado Grau de instrução: 2º Grau Incompleto

Endereço: Povoado STA ROSA DO ERMÍRIO - RUA RIO GRANDE DO SUL Número: 39 Complemento:

CEP: 49000 Bairro: Z RURAL Cidade: POCO REDONDO UF: SE

Proximidades: Telefone: (79)99818-2644

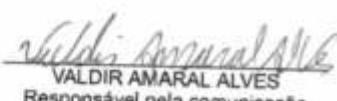
HISTÓRICO

NARRA O NOTICIANTE que trafegava pilotando uma motocicleta pela Rodovia Estadual que dá acesso ao Povoado Santa Rosa de Ermírio, quando na altura do cemitério local, ao se desviar de um animal que cruzou a via, perdeu o controle vindo a cair; QUE foi socorrido por populares e conduzido motocicleta se trata de uma HONDA/CG 150 FAN ESI cor PRETA ano 2012 placa DEM6537/SE chassi 9C2KC1670CR604790 renavam 00490434177 em nome de RANGEL TELES SANTOS. Registra o boletim de ocorrência para fins de seguros DPVAT. É o relato.

Data e hora da comunicação: 22/11/2018 às 10:52

,Última Alteração: 22/11/2018 às 10:48.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.


VALDIR AMARAL ALVES
Responsável pela comunicação


Jose Roberto de Melo Santos
Responsável pelo preenchimento

Nerros 18:03



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

16 JAN 2019

Nº DE
INSC.

573

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24hUNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdir Amaral Alves

DATA:

09/11/2018

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 14/09/90
280m0s

SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI: Crisvaldo de jesus Alves

MÃE: Valdilene Amaral da Silva Alves

ENDEREÇO:

Pov. Santo Rosa

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>

HANSENIASE	<input type="checkbox"/>
HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>
HEMOFILIA	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/>

PSICOPATIA	<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/>
TIPO DE SANGUE	<input type="checkbox"/>

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

09/11/18 P+ 160x90 mmHg

F. Guaram

Reverteu refeição na moto
Reverteu dor no miolo. Nesse n.º
excesso. Nesse excesso medicação. P+
AR: M+ 10/10, S+ 10/10, P+ 10/10
P+ 10/10 rebaixado

(D) 1 - Contorno: T 38,0 0,10 1,0
 - Diplopia 0,10m 7 100%
 - Pálpebra 0,10m 7 100% P+ 10/10
 - Dorsum: 4,0 0,0 7 100% P+ 10/10
 - Oftalm. 5,0 0,0 7 100% P+ 10/10

Batista F de Carvalho
Médico
CRM SE 5826

09.11.18 18:30h, Adm CRM.

M. Blum



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

06/21
Ficha de Assistência a Saúde
6 JAN 2019

Nº DE
INSC.

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Valdri Amaral Alves

DATA

30/11/18

APELIDO

DATA DE NASCIMENTO: *14/03/90*

SEXO: *FM*

FILIAÇÃO:

PAI: *Genivaldo de Jesus Alves*

MÃE: *Waldulene Amaral da Silveira Alves*

ENDEREÇO: *Rua Santa Ifigênia*

REFERÊNCIA: *P. Rocha*

PROFISSÃO: *Correio*

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
EPILEPSIA

HANSENIASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO SANGUINIO

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

PA - 120x80 - - h

*Pes - x do fígado desvio
Febre e fadiga dente, Envenenado por peixe
de Itapera.*

*Rosângela F. de Carvalho
Médico
CRM SE 5828*

09:

DADOS DO PACIENTE

Nome: Valdir Amorim Alves

SEXO FEM. MASC. IDADE: 28

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Regional de Telêmaco

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente relata que devido a uma dor no lado esquerdo do abdômen de MIGRAÇÃO no lado esquerdo que é doloroso

Inconsciente

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Hoje não foram feitos exames

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Nos temos observado

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA 24h Soc Redondo

Unidade Hospitalar

10/11/19

Local e Data

Bruno F de Carvalho
Médico
CRM SE 5822

Ass. do Médico

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 593114

DATA: 10/11/2018 HORA: 11:49 USUARIO: BAOLIVEIRA
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDIR AMARAL ALVES
 IDADE.....: 28 ANOS NASC: 14/09/1990
 ENDERECO....: POV SANTA ROSA DO ERMILIO
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
 NOME PAI/MAE...: ERISVALDO DE JESUS ALVES /WALDILENE AMARAL DA SILVA ALV
 RESPONSAVEL....: IRMA TEL...: 998182644
 PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE
 ATENDIMENTO....: TORCAO MEMBROS INFERIORES
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. _____

2. _____

Dr. Vinicius Sobral
Ortopedista
CRM-SE 5189

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Valdir Amaral Alves
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



