



Número: **0027453-69.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56671624	20/01/2020 15:55	2615451_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00274536920198172001

ARUANA SEGUROS 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 **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:


DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no joelho direito com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 Cidade: Paudalho Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA Data do acidente: 08/03/2018 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA


Data da análise: 23/07/2018
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
 Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.
 Sequelas: Com sequela
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.
 Documentos complementares:
 Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD
 Grupo: EQ2
 Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO
 CRM: 902330
 UF do CRM: RJ
 Assinatura:



Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento medico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO JOELHO DIREITO:**





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX (3412-3000 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**
Nº Registro: 565537 Nº Protocolo: 1124997 Sexo: Masculino Idade: 48 ano (s)
Data: 14/03/2018 / 15:46 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
CPI:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 14/03/2018-15:46

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL - + LESÃO LIGAMENTAR

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO:

RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA - ARTICULAR DO JOELHO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

OSTEOTOMIA

CIRURGIÃO: DR. JOAO PAULO LAFAYETTE

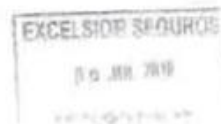
ANESTESISTA: DRª PATRICIA

ANESTESIA: RAQUI

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. DDM + ISQUEMIA E GARROTE + ASSEPSIA E ANTI Sepsia + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
2. INCISÃO LATERAL PROXIMAL DISSECAÇÃO POR PLANOS, LEVANTADO FRAGMENTO COM DEPRESSÃO PASSAGEM DE PLACA EM L E REDUÇÃO EM ESCÓPIA E COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS + DEPRESSÃO EXTENSA PLATO COM ELEVADO DO FRAGMENTO
3. RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR LATERAL SOB A PLACA
4. S. LAVAGEM EXAUSTIVA E SUTURA POR PLANOS E FOI COLOCADO DRENO A VÁCUO E CURATIVO
5. BOA PERFUSÃO DISTAL + PULSOS PRESENTES.

Dr. JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO
CRM: 17461



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO, CRM: 17461. Data e Hora: 14/03/2018 15:51:52.

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.



DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO *EXPERT* PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O JOELHO DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: JOELHO DIREITO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 16 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

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: **0027453-69.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56671625	20/01/2020 15:55	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-OSTEOSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR EXAMES DE IMAGEM RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR EXAMES DE IMAGEM RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONANCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: OPERADOR

Identidade: 5.961.697

CPF: 782.277.394-15

Endereço: RUA. PREFEITO ZENÓ GALVÃO, ALTO DOIS IRMÃOS, PAUDALHO/PE.

PROCURADOR:

Nome: EVERALDO LANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTÔNOMO

Identidade: 5.695.267

CPF: 041.238.974-60

Endereço: RUA JOSE PAULO DO MONTE 180, CENTRO, PAUDALHO/PE.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

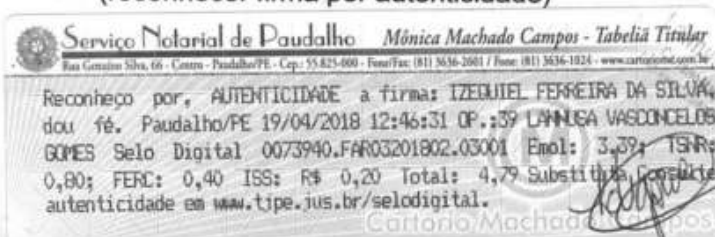
RECONHEÇO

Izequiel F. da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

19/04/2018
Local e data

EXCELSIOR S. 114
09.04.2018



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180312267

Vitima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312267**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13094833

Pag. 00293/00294 - carta_01 - INVALIDEZ



00020147



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180312267

Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312267**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00513/00514 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13114515



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180312267
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 08/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180312267**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00351/00352 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13533196



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

782.277.394-15

Nome completo da vítima

IZEDUEI FERREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo IZEDUEI FERREIRA DA SILVA		CPF titular da conta 782.277.394-15	Profissão OPERADOR
Endereço RUA PREFEITO ZENÓ QUALCATE		Número 04	Complemento CASA
Bairro ALTO DOIS IRMÃOS	Cidade PAUZZILHO	Estado PE	CEP 55825-000
Email		Telefone (DDD) (81) 9.9949 8785	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 1248 D/V _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 0059213- D/V 8 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PAUZZILHO, 20 de Abril de 2018.

Local e Data

Assinatura do Beneficiário: Izeduei Ferreira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal: _____

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





EXCELSIOR SEGUROS
09 JUL 2018
05:31:02



2 de 2

CONFERE COM
O ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0137001339**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2018** às
13:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **3/3/2018** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, RUA PLANALTO,
ALTO DOIS IRMÃOS** - Bairro: **CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDMILSON MOTO TÁXI (TESTEMUNHA)
IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
EDMILSON MOTO TÁXI

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

IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA DE LOURDES DA SILVA** Pai: **JOSE FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1969** Naturalidade: **PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **RG: 1907/SDS/PE (RG). 78227738416 (CPF)** Estado Civil: **ANASIAADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares: **- 81992298647**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, RUA PREF. BERTO CAVALCANTE, Nº 84, ALTO DOIS IRMÃOS - CEP: - Bairro: - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EDMILSON MOTO TÁXI (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDMILSON MOTO TÁXI**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

EXCELSIOR SEGUROS



Boletim de Ocorrência

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

file:///C:/Users/3D3/.infopol/xml/BOEPreview.html

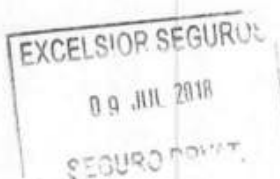
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PEV1295** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Chassi: **9C2JC4110CR532674**Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**Descrição: **PROPRIETÁRIO: AILTON TERTO RODRIGUES, CPF 656.462.744-51****Complemento / Observação**

IZEQUIEL RELATA QUE SEGUIA COMO PASSAGEIRO DE MOTO TÁXI NA MOTO ACIMA IDENTIFICADA PELA RUA PLANALTO, QUANDO DOIS ADOLESCENTES EM UMA BICICLETA FECHARAM PARA O LADO DA MOTO, OBRIGANDO O MOTOQUEIRO A PUXAR O VEÍCULO PARA O LADO, PORÉM ESBARROU EM UM MONTE DE AREIA, DESEQUILIBRANDO, VINDO VEÍCULO E VÍTIMA A CAIR E FICAR FERIDA. IZEQUIEL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PAUDALHO, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO Nº 29194, DE 02/03/2018, DEPOIS FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PERMANECER ATÉ DIA 11/03, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA.

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

Izequiel F. da Silva
IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

Izequiel F. da Silva

B.O. registrado por: **EDIVILMA LEITE DOS SANTOS** - Matrícula: **272885-0**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JEQUEL FERREIRA DA SILVA

CPF da Vítima

782.277.394-15

Data do Acidente

08/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



PAUHALHO, 20 de Abril de 2018

Local e Data

Jequel-F. da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Prefeitura do
PAUDALHO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital Municipal de Paudalho

R. José Paulo do Monte, 303 - Stª. Tereza - Paudalho - PE

CNPJ.: 07.868.234/0001-02

Ag42

PRONTUÁRIO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Data Entrada: 08/03/18 Hora: 15:25 Registro: 29194

Nome: Izabel Ferreira de Silva

Data Nascimento: 08.09.69 480

Filiação: Severina de Lourdes de Silva

Endereço: Pref. Beto Cavalcanti nº 04

Nome do Acompanhante:

Endereço do Acompanhante:

2012
69
78

Local da Ocorrência:

Tipo de Ocorrência:

() Acidente de Trânsito () Agressão () Suicídio () Acidente de Trabalho () Outros.

Queixa:

Queda - dor de
bexiga - tróntico

Medicação:

Dor + bexiga +
fritador
Fritador

o 1º tomam 1/4 1/4 1/4

18/03/18
5778783

Juliana

Dr. Wilson Barros

EXCELSIOR SEGURO

09.03.2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/07/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000059213-8

Nr. da Autenticação 3B27AB95EBC62516



ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

RUA JOSE PAULO DO MONTE 181

CPF: 041.238.974-80

STA TEREZA PAULALHO
PAULALHO PE
55825-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mototático

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
017104298 UNICA 18/05/2018

APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
18/05/2018 2002419810 5408008

CONTA CONTRATO	MP ANO
7007449245	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTATA PRECATORIAL
25/05/2018	18/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
57,79	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	88,0000000	0,74070339	48,89
Acabamento Bandeira AMARELA			0,58
Contribuição Iluminação Pública			6,25
ICMS Substituição - COE Nº 009582154 - 18/03/18			0,40
Multa por atraso - Nº 009582154 - 18/03/18			2,87
Juros por atraso - Nº 009582154 - 18/03/18			0,53
Atualização ICMS - Nº 009582154 - 18/03/18			0,30

TOTAL DA FATURA

57,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ADJESTE	CONSUMO (KWH)
CONSUMO	CONTADOR	DATA	DATA	DIAS			
30111132	CL	18/05/2018	18/05/2018	30	1,00000		88,00

RELATÓRIO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIA		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
DATA	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO MÊS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
18/05/2018	88,00	88,00	21,00	12,38	Geração de Energia R\$ 10,30 31,37%
18/05/2018	88,00	88,00	1,33	0,86	Transmissão R\$ 2,20 4,16%
18/05/2018	88,00	88,00	8,30	2,83	Distribuição (Cabo) R\$ 10,30 30,81%
18/05/2018	88,00	88,00			Perda de Energia R\$ 3,20 6,30%
18/05/2018	88,00	88,00			Reserva de Energia R\$ 2,88 5,32%
18/05/2018	88,00	88,00			Tributos R\$ 13,84 24,44%
18/05/2018	88,00	88,00			Total R\$ 48,89 100%

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
De acordo com a Lei nº 11.073/2002, o consumidor de energia elétrica tem o direito de escolher o plano de consumo mais adequado às suas necessidades. O plano escolhido deve ser informado ao concessionário de energia elétrica no ato da instalação ou no primeiro faturamento. O plano escolhido deve ser informado ao concessionário de energia elétrica no ato da instalação ou no primeiro faturamento. O plano escolhido deve ser informado ao concessionário de energia elétrica no ato da instalação ou no primeiro faturamento.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Devedor	Valor	Devedor	Valor	Devedor
18/05/2018	88,00	18/05/2018	88,00	18/05/2018	88,00

VALORES E FREQUÊNCIA DAS INTERDIÇÕES		TENDÊNCIA DE TENDÊNCIA	
VALOR	FREQUÊNCIA	VALOR	FREQUÊNCIA
18/05/2018	88,00	18/05/2018	88,00

7007449245 05/2018 25/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 57,79

850000000-8 57790011007-4 00744924510-9 13393887973-5

EXCELSIOR SEGUROS

09 JUL 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EVERALDO SANTOS DE ALMEIDA JUNIOR inscrito (a) no CPF/CNPJ 041.238.974 / 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IZEDUELI FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 782.277.394 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura MUACIDEEZ da Vítima IZEDUELI FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 782.277.394 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua José Paulo do Monte</u>		Número <u>181</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>SANTA TEREZA</u>	Cidade <u>PAUALHO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55825-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9949.8785</u>

PAUALHO, 20 de ABRIL de 2018
Local e Data

Everaldo Santos de Almeida Junior
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
09 JUL 2018

DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ailton Terto Rodrigues,
RG nº 5.878.091, data de expedição 22/07/2014,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 056.462.744-51, com
domicílio na cidade de PAUDALHO, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ALTO ZELEMI 64, nº 03,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima IZEDUEL FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor era
EDMILSON.

Veículo: MOTO CIELETA
Modelo: HONDA
Ano: 2012
Placa: PEV 1295
Chassi: 9CRDC4MOCR533574
Data do Acidente:
Local e Data: PAUDALHO, 19/04/2018


Assinatura do Declarante

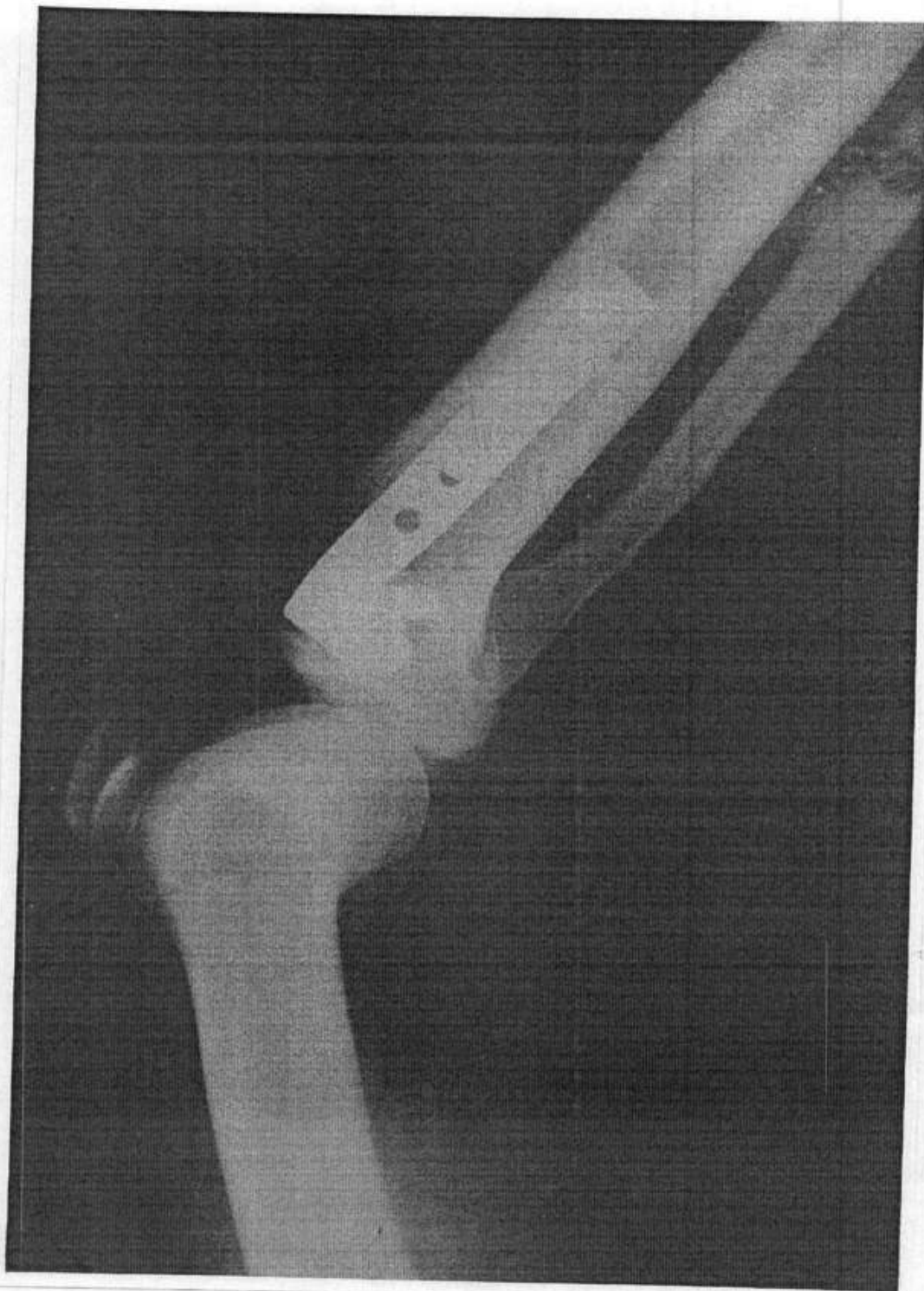
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **Serviço Notarial de Paudalho** *Mônica Machado Campos - Tabeliã Titular*
Rua Getúlio Silva, 66 - Centro - Paudalho/PE - Cep.: 55.825-000 - Fone/Fax: (81) 3636-2001 / Fone: (81) 3636-1024 - www.cartoriope.com.br

Reconheço por, AUTENTICIDADE a firma: AILTON TERTO RODRIGUES, docu
f6. Paudalho/PE 19/04/2018 11:37:39 OP.:42 LAINUSA VASCONCELOS
GOMES Selo Digital 0073940.EH03201802.02997 Emol: 3,39; TSP:
0,80; FERC: 0,40 ISS: R\$ 0,20 Total: 4,79 Substituta Consulte
autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.

Cartório Machado Campos





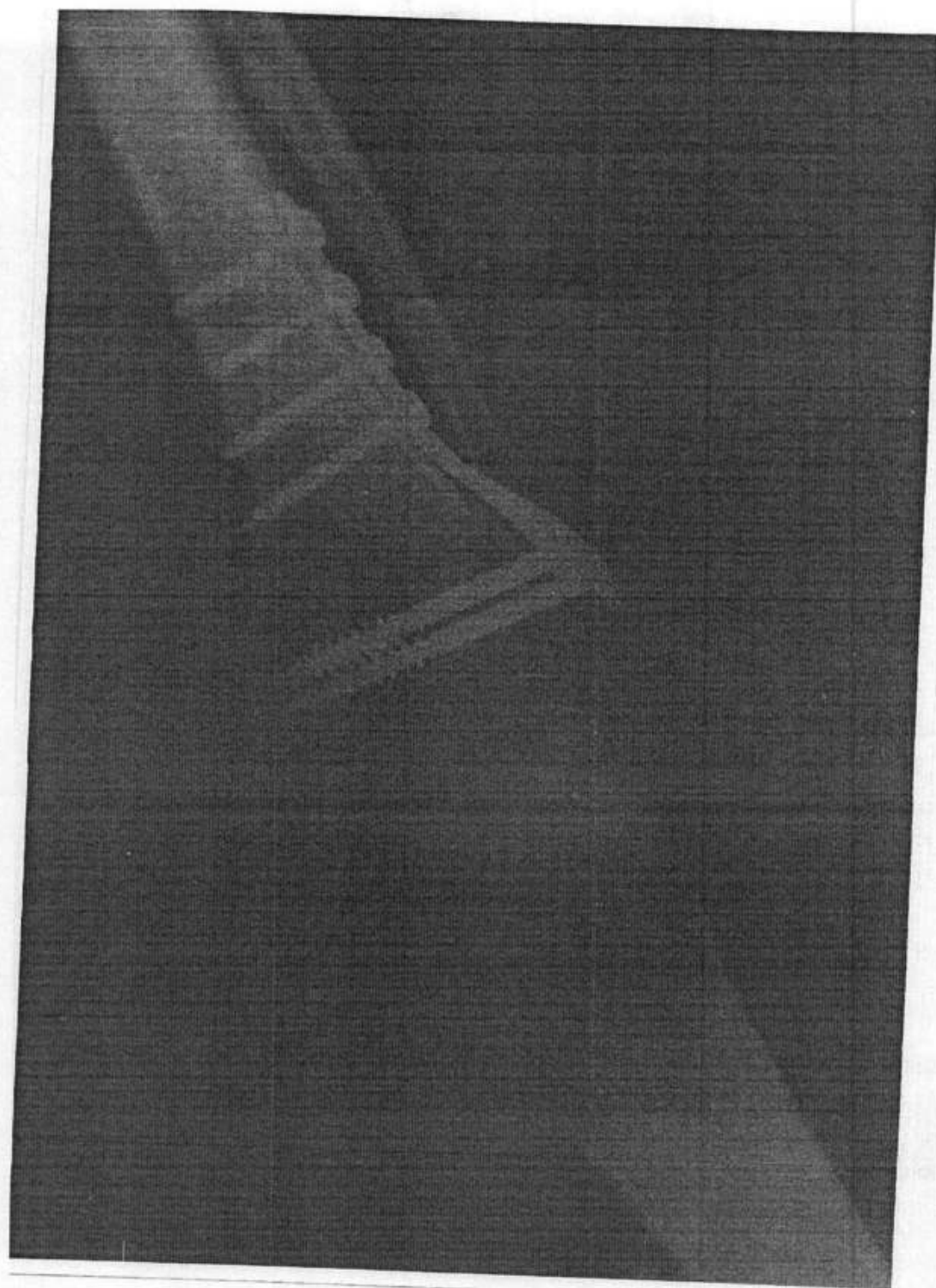
EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2018
SEGURO DPVAT.





EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2013
SEGURO DPVAT.





EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2013
SEGURO DPVAT.





EXCELSIOR SEGUROS
20 JUL 2013
SEGURO DPVAT.



3180312267



Santa Casa de Misericórdia do Recife
HOSPITAL DE SANTO AMARO

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA DIREITA, APRESENTA ARTROSE DO JOELHO, TRANSTORNOS INTERNOS, LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO E DEFICIT DE MARCHA.

CID 10 – S82.1 + M19.1 + M23

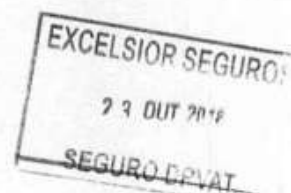
Recife, 17/10/2018

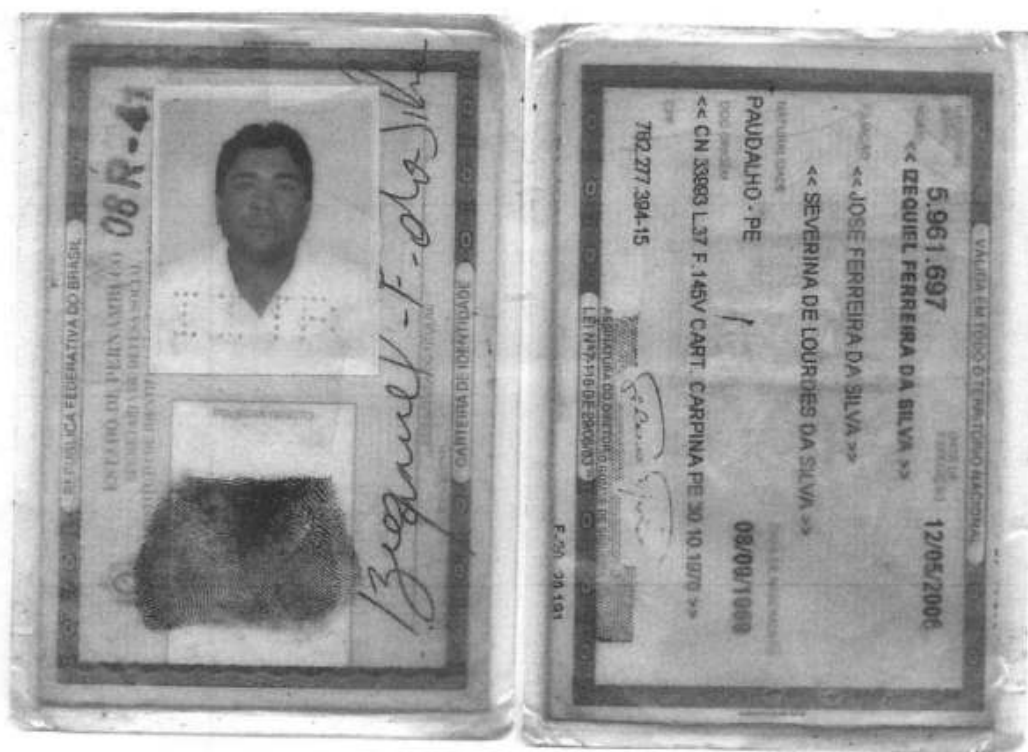


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA CRM: 10531
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 DE 24/08/2001.

Av. Cruz Cabugá, 1563 – Santo Amaro – Recife/PE
PABX: 3412-3800





EXCELSIOR SEGUROS
09 .III. 2018





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **782.277.394-15**

Nome: **IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **08/09/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:30:34** do dia **04/07/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7E95.BE91.8DE7.33E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO
 CARTÃO NACIONAL DE HABITACÃO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 867802440

NOME
 EVERALDO DANTAS DE ALMEIDA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / OUTRO TÍTULO / UF
 5495267 SSP PE

CNPJ
 041.338.974-60

DATA NASCIMENTO
 25/06/1979

FUNÇÃO
 EVERALDO DANTAS DE
 ALMEIDA
 MARIA DE FÁTIMA DE
 ALMEIDA

PERMISSÃO
 []

REC. CAT. NAS
 B

VALIDADE
 27/11/2018

1ª HABITACÃO
 12/05/2009

SP REGISTRO
 04640692300

OBSERVAÇÕES
 D/G/H

EXCELSIOR SEGUROS

09 JUN 2018

ASSINATURA DE PARAFRASE

DATA EMISSÃO
 27/11/2013

LOCAL
 CARPINA - PE

10306552046
 PE056318860

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

PROJETO CLASSIFICAS
 867802440





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Izabela Ferreira da Silva
DATA DO ACIDENTE 08-03-18 CPF DA VITIMA 98.277.394-15
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESE COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

EXCELSIOR SEGUROS
09 JUL 2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITAÇÕES
- () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Izabela Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Izequiel Ferreira da Silva
DATA DO ACIDENTE 08-03-18 CPF DA VITIMA 98.277.394-15
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTES COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

EXCELSIOR SEGUROS
09 JUL 2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITAÇÕES
() COMPROVANTES DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTES - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Izequiel Ferreira da Silva

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312267 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IZEQUIEL FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-OSTEOSSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO MODERADA DE ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

