



Número: **0035524-60.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO ALVES CABRAL (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56468513	15/01/2020 09:21	<a href="#">2634081_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a>	Petição em PDF



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

Processo: 00355246020198172001

**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 subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RICARDO ALVES CABRAL**, 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.

#### **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme observado nos documentos médicos apresentados nos autos, os mesmos são inconclusivos, incapazes de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a invalidez permanente aduzida pelo autor.


Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.



Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

**DA AUSÊNCIA DE AGRAVAMENTO:**

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no ombro esquerdo com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3190289105	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: RICARDO ALVES CABRAL	Data do acidente: 08/06/2018	Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
Data da análise: 24/05/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Sim				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes:				
Sequelas:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas:				
Documentos complementares:				
Observações: # DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 02 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectada pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no ombro esquerdo com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no ombro esquerdo com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença gradual de 25%.



Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 14 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**





Número: **0035524-60.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

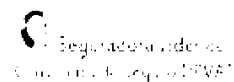
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO ALVES CABRAL (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56468515	15/01/2020 09:21	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137305/19

Número do Sinistro: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do acidente: 08/06/2018

CPF: 291.494.364-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO ALVES CABRAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Outros

**RICARDO ALVES CABRAL : 291.494.364-49**

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](http://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 cancela 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: 15/05/2019  
Nome: RICARDO ALVES CABRAL  
CPF: 291.494.364-49

RICARDO ALVES CABRAL

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289105

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do acidente: 08/06/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA  
DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: # DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 02 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190289105

**Nome do(a) Examinado(a):** RICARDO ALVES CABRAL

**Endereço do(a) Examinado(a):** R ALTO DO EUCALIPTO, 995 - RECIFE/PE -  
CEP 52081-070

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2143559 - sds pe - 21/12/2016

**Data e Local do Acidente :** 08/06/2018 - Recife/PE

**Data e Local do Exame :** 30/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON  
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

fratura exposta de clavícula

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

Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses

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

vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão a 150 graus,  
abdução a 160 graus, limitação de força leve do ombro, com presença de  
cicatriz local.

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

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

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

limitação de grau leve de ombro esquerdo, com consolidação viciosa





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

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

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) "Vítima em tratamento" Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal

ombro esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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





---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE





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

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RICARDO ALVES CABRAL**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01351/01352 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040676



Carta nº 14256535





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

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO ALVES CABRAL

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

Carta nº 14257027





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

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00193/00194 - carta\_02 - INVALIDEZ

00060097



Carta nº 14356156





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

**Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190289105**

**Vítima: RICARDO ALVES CABRAL**

**Data do Acidente: 08/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RICARDO ALVES CABRAL**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **RICARDO ALVES CABRAL**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000004815**

Conta: **000007900-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº 1



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, RICARDO ALVES CABRAL  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.142.559 EXPEDIDO POR SOS-PE EM 02/10/2018 E  
CPF 29799493674-49 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO CEFEIRO  
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RICARDO ALVES CABRAL 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 ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como 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](http://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.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO PAA Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4215 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00007900-0  
000-013

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

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

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

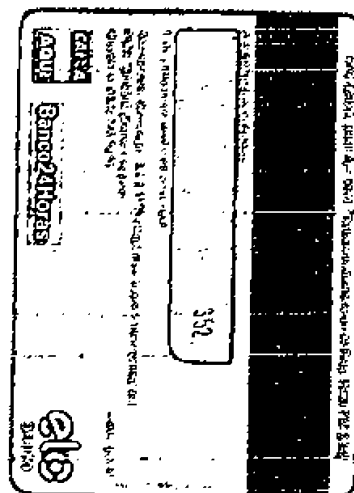
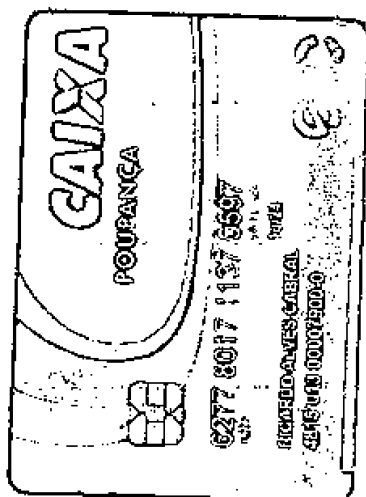
RECIFE, 12 de OUTUBRO de 2018 RICARDO ALVES CABRAL  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

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

889800405









AUTO-ATENDIMENTO - AG CASA AMARELA  
DATA: 15/08/2018 HORA: 08:35:21  
TERMINAL: 00491039 CONTROLE: 004910390040

AGÊNCIA: 4815 - AV NORTE  
CONTA: 013.00007900-0  
CLIENTE: RICARDO ALVES CABRAL

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/01/2012

DATA	VALOR
09/08	314,24
10/08	11,12

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			283,140
----------------	--	--	---------

Julho

16/07	108827	SAQUE B24H	100,000
16/07	141081	COMPRA ELO	36,150
16/07	180716	SAQUE TERMINAL	2,100
17/07	171141	COMPRA ELO	11,710
19/07	191410	SAQUE B24H	100,000
19/07	191411	SAQUE B24H	20,000
19/07	180719	SAQUE TERMINAL	2,100

Agosto

09/08	600107	CRED FGTS	314,240
10/08	000000	REM BASICA	0,000
10/08	000000	CRED JURNOS	0,040

RESUMO EM 14/08

SALDO	325,360
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	325,360
SALDO TOTAL	325,360

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
14/07	10:01	PRECO BOM	36,150
17/07	11:41	VAREJAO PRECO BOM	11,710

T O T A L			47,860
-----------	--	--	--------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



temperatura excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0800 726 0101**  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
**0800 725 7474**  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

150707013  
(02/17)

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0800 726 0101**  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
**0800 725 7474**  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

150707013  
(02/17)

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor  
(SAC CAIXA)**

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**0800 726 0101**  
(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**  
(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**  
**0800 725 7474**  
(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**CAIXA**

150707013  
(02/17)

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol,





AUTO-ATENDIMENTO - AG CASA AMARELA

DATA: 15/08/2018

HORA: 08:35:21

TERMINAL: 00491039

CONTROLE: 004910390040

AGÊNCIA: 4815 - AV NORTE

CONTA: 013.00007900-0

CLIENTE: RICARDO ALVES CABRAL

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
09/08	314,24
10/08	11,12

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR 281,14C

Julho

16/07	160827	SAQUE B24H	100,00D
16/07	141001	COMPRA ELO	36,15D
16/07	180716	SAQUETERMINAL	2,10D
17/07	171141	COMPRA ELO	11,71D
19/07	191410	SAQUE B24H	100,00D
19/07	191411	SAQUE B24H	20,00D
19/07	180719	SAQUETERMINAL	2,10D

Agosto

09/08	600107	CRED FGTS	314,24C
10/08	000300	REN BASICA	0,00C
10/08	000000	CRED JUROS	0,04C

RESUMO EM 14/08

SALDO 325,36C

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO DISPONIVEL 325,36C

SALDO TOTAL 325,36C

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
14/07	10:01	PRECO BOM	36,15D
17/07	11:41	VAREJAO PRECO BOM	11,71D

T O T A L 47,86D

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

At 2

CERTIDÃO

Comprovação de ato declaratório

Certidão nº 2018APH000927 Div. Op.



Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). RICARDO ALVES CABRAL, 0 anos, (a), CASADO(a), RG nº 2143559 ssp, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 291.494.364-49, residente à rua alto do eucalipto, nº 995, , vasco da gama, recife-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/06/2018, por volta das 14:11 hs, no endereço: AV. NORTE, S/N, TAMARINEIRA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA XRE 300 VERMELHA PGT7063-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) RICARDO ALVES CABRAL, inscrito sob o CPF nº 291.494.364-49 e Registro Geral ° 2143559, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL D' AVILA. Registrado(a) com o prontuário nº 915490. Ficou aos cuidados do médico VICTOR, registro 20366. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/08/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000927

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018APH000927 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª) **RICARDO ALVES CABRAL**, 0 anos, (a), **CASADO(a)**, RG nº 2143559 ssp, inscrito(a) na Recicla Federal sob o CPF nº 291.494.364-49, residente à rua alto do eucalipto, nº 995, , vaso da gama, recife-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/06/2018, por volta das 14:11 hs, no endereço: AV. NORTE, S/N, TAMARINEIRA RECIFE-PE, referente a um(a) **COLISÃO**, envolvendo **MOTOCICLETA HONDA XRE 300 VERMELHA PGT7063-PE**, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) **RICARDO ALVES CABRAL**, inscrito sob o CPF nº 291.494.364-49 e Registro Geral ° 2143559, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL D' AVILA. Registrado(a) com o prontuário nº 915490. Ficou aos cuidados do médico VICTOR, registro 20366. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/08/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site  
<http://www.cbmr.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH000927*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



# 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: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: RICARDO ALVES CABRAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04815

CONTA: 000000007900-0

---

Nr. da Autenticação 5354175D0FF2A3CD





Nº da Conta: 0752641884  
Mês de referência: 08/2018  
Período: 15/07/2018 a 15/08/2018  
Data de emissão: 15/08/2018

RICARDO ALVES CABRAL  
R ALTO DO EUCALIPTO, 995  
BREJO DE BEBERIBE  
52081-070 RECIFE - PE

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

Foto conosco: Central de Relacionamento  
164.85 ou [www.vivo.com.br/relacionamento](http://www.vivo.com.br/relacionamento)

Telefônica Brasil S.A.  
Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 837  
CEP 51.041-051 - Recife - PE  
I.E.: 079494400  
CNPJ Matriz: 07.558.157/0001-62  
CNPJ Filial: 07.558.157/0008-38

Comprovante de residência



Vencimento  
01/09/2018

Total a Pagar - R\$  
49,99

Aguarde informações referentes ao Vivo  
Valorize

Seu contrato é Meu Vivo? Com ele você pode acompanhar seu consumo de Internet, desligar e 2ª via de conta, controlar pacotes, mensagens e muito mais. Baixe agora o aplicativo gratuitamente ou acesse [vivo.com.br/app](http://vivo.com.br/app) e baixe o aplicativo. É rápido, fácil e prático!

Seus Números Vivo  
81-3104-8411

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Planos Anatel  
PA-112 - VIVO FIXO LIMITADO

O que es	Quantidade de	Quantidade de	Valor R\$	Incluso	Utilizado	Valor Total
			Plano/Pacote	Plano/Pacote	Minutos/Unidades	R\$
Serviço						
VIVO F	257-784690051-0		49,99			49,99
VIVO F			0,00	300 min		
MINUT			0,00	10.000 min		
MINUT			0,00	10.000 min		
TORRE			0,00	1.000		
Serviço						49,99
Subtotal						
TOTA						49,99

#### mensagem importante para você

O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo) e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

**App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de Internet e muito mais! Baixe agora em [vivo.com.br/app](http://vivo.com.br/app) e navegue sem consumir seu pacote de dados**



Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial ou total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.








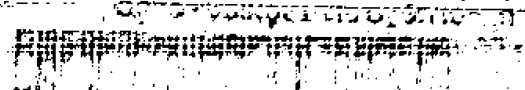
<b>PARA USO DOS CORREIOS</b>	
<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE Nº. INDICADO <input type="checkbox"/> 04 - FALCIDO	<input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 09 - CAIXA POSTAL CANCELADA
<input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETA)	<input type="checkbox"/> 13 - FALTA COMPLEMENTO (COLETA)
MATRÍCULA: _____ RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____ REENTREGA AO SERVIÇO POSTAL EM: _____	



CTC RECIFE PE PL2  
 RICARDO ALVES CABRAL  
 R ALTO EUCALIPTO 995  
 CS AMARELA  
 52081-070 RECIFE - PE

DATA DE POSTAGEM: 24/04/2019



7212246842 42505 00000035619 30 240419  
 Av. Tamboré, 267, Torre Sul  
 Tamboré  
 06460-000 - Barueri - SP





De Avila

Unidade de Enfermagem Trans-Operatório

Etiqueta

## Paciente

Nome: Ricardo Alves Cabral Registro: 915525 Convênio: Saúde Recô  
 Leito: 1004 (Data: 08.05.18 Sala: 08)

## Equipe Médica

Cirurgião: Dr. Fábio Anestesista: Dr. Amanda Mendes  
 1º Auxílio: Dr. Rinaldo 2º Auxílio: ---  
 Pediatra: --- Instrumentadora: ---  
 Cirurgia: Exatoma expulsa da clavícula  
 Chegada S.O. 21:50 Saída S.O. 23:10 Início 22:00 Fim 23:00

## Anestesia

Horário da Anestesia: Início 22:00 Fim 23:00  
 Anestesia: ☒ Geral ☐ Raquidiana ☐ Peridural ☐ Local ☐ Local + Sedação  
 Drogas Usadas na Anestesia: ---

Gases: ☐ Oxigênio ☐ Protóxido ☐ CO2 ☐ Nitrogênio  
 Monitorização: ☒ Oxímetro de Pulso ☒ Cadioscópio ☒ PNI ☐ Capnografia ☐ PAM  
 Punção Venosa: Jelco nº --- Local: ---  
 Punção Central: Cateter: --- Local: ---

## Medicações Usadas no Trans- Operatório

Medicações	Horários

## Posicionamento do Paciente

☐ Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Ventral ☐ Litomia ☐ Lateral Direita ☐ Lateral Esquerda  
 Posição dos MMSS: ☐ Anatômica ☐ Abdução Outros ---  
 Classificação de Contaminação da Cirurgia: ☐ Superficial ISC-1S ☐ Incisional Profunda ISC-1P ☐ Orgão / Cavidade ISC-2C  
 Procedimentos Realizados:  
 Soluções Utilizadas para anti-sepsia do campo operatório: ☐ PVPI ☒ Clorexidina ☐ Clorexidina Alcoólica  
 Realizado Alguém Implante? ☐ Prótese Cardíaca ☐ Prótese Ortopédica ☐ Prótese Ortopédica  
 Uso de Placa Bisturi: ☐ Rígida ☐ Descartável Local:  
 Sondagens: ☐ Vesical Demora Nº: --- ☐ Vesical Alívio Nº: ---  
 Gástrica: ☐ Sim ☐ Não  
 Dreno Utilizado: ☐ Não ☐ Sim, Qual --- Nº ---  
 Hemotransfusão: ☐ Não ☐ Sim, Quais:  
 Nº de Bolsa Segmento:  
 Rh Hemocentro: ☐ Hemope ☐ Ihene  
 Nº de Bolsa Segmento:  
 Rh Hemocentro: ☐ Hemope ☒ Ihene

## Equipamentos Especiais:

☐ Vídeo ☐ Intensificador de Imagem ☐ Raio X ☐ Tesoura Ultrassônica ☐ Microscópio ☐ Outros, Quais? ---  
 Peça Cirúrgica: ☐ Sim ☐ Não Qual ---  
 Peça Entregue a: ☐ Laboratório ☐ Familiares  
 Obstetria  
 Parto: ☐ Cesário ☐ Normal  
☐ Feto Vivo ☐ Feto Morto Peso: --- Hora do Parto: ---  
 Paciente Encaminhado: ☐ Leito ☐ UTI ☐ SRPA ☐ Externo Hora: ---

C.O.O. 951061

Vire





Name: Nicolas Alex Colind

**Registro:**

**Leito:**

**Jata:**

**Hours:**

Procedimento(s) realizado(s): fratura exp. clavícula

Cirurgião: Quirino Fátima C.R. 12973

1° auxiliar: Residuals / score - city - 22222

2<sup>o</sup> auxiliar:

### 3° auxiliar

Instrumentador (a):

Anestesista: Dr. André A. L. C.

Tipo de Anestesia: Local

### Descrição da Cirurgia

2 Puntos antenas de la de la

② mayat + antibisa + rezonansi di bagian

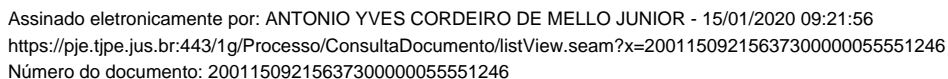
⑤ Vernalis linearis pale legs dark  
 feet. Head dark, large, dark  
 on top of head. Length 2.5 cm.

⑦ ~~crust + Africa~~

One letter  
in 1974

**CEMF**

**Médico (a) - Assinatura e Carimbo**



# HOSPITAL DE AVILA - EMP. J. M. DA CUNHA LTDA.

AV. VISCONDE DE ALBUQUERQUE, 681. CX. POSTAL-2121 - RECIFE/PE  
Fone: (81) 3117-5544

Data: 08/06/2018  
Hora: 21:35

## REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE

REGISTRO.....: 0915526 LEITO.....: ATENDIMENTO: CLINICO  
NOME.....: RICARDO ALVES CABRAL SEXO: Masculino  
ENDEREÇO.....: RUA ALTO DO EUCALIPTO, 995 COMP.:  
BAIRRO.....: VASCO DA GAMA CIDADE: RECIFE - ESTADO: PE FONE: 81988525759 CEL.: 81987269607  
NOME DA MÃE.....: TEREZITA ALVES NOME DO PAI:

NASCIMENTO.....: 08/10/1964 IDADE: 53 anos IDENTIDADE: 2143559 C.P.F.: 291.494.364-49  
CONVÊNIO.....: SAUDE RECIFE/BASICO ALA: ORTOPEDIA  
MATRÍCULA.....: 0600000099960030 GUIA: 3569820 VALIDADE: 09/06/2018

RESPONSÁVEL: VALQUIRIA DA SILVA CABRAL  
IDENTIDADE.....: 7129582 C.P.F.: 064.400.624-25  
ENDEREÇO.....: RUA ALTO DO EUCALIPTO  
BAIRRO.....: VASCO DA GAMA CIDADE: RECIFE FONE: (81)98852-5759

SEGURADO.....: RICARDO ALVES CABRAL

MÉDICO.....: VICTOR SANTIAGO DE MACEDÓ CRM - 20366  
ADMISSÃO: 08/06/2018 ÀS 21:35  
PROCEDIMENTOS: TRATAMENTO CLÍNICO - CID: S42.0

Obs: aut 1 diária em enf\*\*\* sem desp p acomp\*\*\*

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial. Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer impotência que não for pago ao HOSP. DE ÁVILA-EMP. J.M. DA CUNHA LTDA. pela instituição conveniada a qualquer título, inclusive decorrente de procedimento não coberto pelo plano de saúde e despesas de materiais de prótese e orteses, bem como cirurgias plásticas, vez que tenho pleno conhecimento que tais procedimentos não são cobertos pelos planos de saúde, me comprometendo a quitá-los à vista, quando da alta hospitalar. Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo, seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de Prestação de Serviços.

RECIFE, 28 de Junho de 2018

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Recepção: \_\_\_\_\_ Posto Enf.: \_\_\_\_\_ Nutrição: \_\_\_\_\_

Ciente do Regulamento Interno: \_\_\_\_\_ Recepcionista: FELIPE MARTINS



## HOSPITAL DE AVILA - EMP. J. M. DA CUNHA LTDA.

AV. VISCONDE DE ALBUQUERQUE, 681, CX. POSTAL-2121 - RECIFE/PE  
Fone: (81) 3117-5544

Data: 08/06/2018  
Hora: 21:35

### ===== REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE =====

REGISTRO.....: 0915525      LEITO.....:      ATENDIMENTO: CLINICO  
NOME.....: RICARDO ALVES CABRAL      SEXO: Masculino  
ENDEREÇO.....: RUA ALTO DO EUCALIPTO, 995      COMP.:  
BAIRRO.....: VASCO DA GAMA      CIDADE: RECIFE - ESTADO: PE      FONE: 81988525759      CEL.: 81987269607  
NOME DA MÃE.....: TEREZITA ALVES      NOME DO PAI:

NASCIMENTO...: 08/10/1964      IDADE: 53 anos      IDENTIDADE: 2143559      C.P.F.: 291.494.364-49  
CONVÊNIO.....: SAUDE RECIFE/BASICO      ALA: ORTOPEdia  
MATRÍCULA.....: 0600000009960030      GUIA: 3569820      VALIDADE: 09/06/2018

RESPONSÁVEL: VALQUIRIA DA SILVA CABRAL  
IDENTIDADE.....: 7129582      C.P.F.: 064.400.624-25  
ENDEREÇO.....: RUA ALTO DO EUCALIPTO  
BAIRRO.....: VASCO DA GAMA      CIDADE: RECIFE      FONE: (81)98852-5759

SEGURADO...: RICARDO ALVES CABRAL

MÉDICO.....: VICTOR SANTIAGO DE MACEDO      CRM - 20366  
ADMISSÃO: 08/06/2018 ÀS 21:35  
PROCEDIMENTOS: TRATAMENTO CLINICO - CID: S42.0

Obs: aut 1 diária em enf\*\*\* sem desp p acomp\*\*\*

### ===== TERMO DE RESPONSABILIDADE =====

Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial. Declaro para fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer imputação que não for pago ao HOSP. DE AVILA-EMP. J.M. DA CUNHA LTDA. pela instituição conveniada a qualquer título, inclusive decorrente de procedimento não coberto pelo plano de saúde e despesas de materiais de prótese e orteses, bem como cirurgias plásticas, vez que tenho pleno conhecimento que tais procedimentos não são cobertos pelos planos de saúde, me comprometendo a quitá-los à vista, quando da alta hospitalar. Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo, seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houve. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de Prestação de Serviços.

RECIFE, 28 de Junho de 2018

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Recepção: \_\_\_\_\_ Posto Enf.: \_\_\_\_\_ Nutrição: \_\_\_\_\_

Cliente do Regulamento Interno: \_\_\_\_\_ Recepcionista: FELIPE MARTINS





## Ficha Cirúrgica

(preencher se não estiver com etiqueta).

Nome: *Nivaldo dos Santos*

Registro:

Leito:

Data:

Hora:

Procedimento(s) realizado(s): *Fratura exp. clavícula*

Cirurgião: *Dr. Nivaldo dos Santos - CRM - 12473*

1º auxiliar: *Reinaldo Soares - CRM - 22222*

2º auxiliar:

3º auxiliar:

Instrumentador(a):

Anestesiista: *Dr. Paulo Paulo*

Tipo de Anestesia: *geral*

### Descrição da Cirurgia

- 1) Ponto antero-lateral de Lef
- 2) Margem anterior + espessura de pele
- 3) Variação de tecido fange logo dentro de fratura descolada + largura de tecido
- 4) Círculo + fixação

*Dr. Nivaldo dos Santos*  
*CRM - 12473*

OPME:

COD.351061

Médico(a) - Assinatura e Carimbo





Evolução de Enfermagem Trans-Operatório

Etiqueta

## Paciente

Nome: Ricardo Alves Cabral Registro: 915525 Convênio: Saúde Recô  
Leito: 1004 Data: 08.06.18 Sala: 02

## Equipe Médica

Cirurgião: Dr. Fábio Anestesista: Dr. Amanda Medeiros  
1º Auxílio: Dr. Rinaldo 2º Auxílio: \_\_\_\_\_  
Pediatra: \_\_\_\_\_ Instrumentadora: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Fratura exposta da clavícula  
Chegada S.O. 21:50 Saída S.O. 22:10 Início 22:00 Fim 23:00

## Anestesia

Horário da Anestesia: Início 22:00 Fim 23:00  
Anestesia: ☒ Geral ☐ Raquidiana ☐ Peridural ☐ Local ☐ Local + Sedação  
Drogas Usadas na Anestesia: \_\_\_\_\_Gases: ☐ Oxigênio ☐ Protóxido ☐ CO2 ☐ Nitrogênio  
Monitorização: ☒ Oxímetro de Pulso ☒ Cardioscópio ☒ PNI ☐ Capnografia ☐ PAM  
Punção Venosa: Jelco nº \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Punção Central: Cateter: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

## Medicações Usadas no Trans-Operatório

Medicações	Horários

## Posicionamento do Paciente

☐ Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Ventral ☐ Litotomia ☐ Lateral Direita ☐ Lateral Esquerda  
Posição dos MMSS: ☐ Anatómica ☐ Abdução Outros \_\_\_\_\_  
Classificação de Contaminação da Cirurgia: ☐ Superficial ISC-IS ☐ Incisional Profunda ISC-IP ☐ Órgão / Cavidade ISC-OC  
Procedimentos Realizados: \_\_\_\_\_  
Soluções Utilizadas para anti-sepsia do campo operatório: ☐ PVPI ☒ Clorexidina ☐ Clorexidina Alcoólica  
Realizado Algum Implante? ☐ Prótese Cardíaca ☐ Prótese Ortopédica ☐ Prótese Ortopédica  
Uso de Placa Bisturi: ☐ Rígida ☐ Descartável Local: \_\_\_\_\_  
Sondagens: ☐ Vesical Demora Nº: \_\_\_\_\_ ☐ Vesical Alívio Nº: \_\_\_\_\_  
Gástrica: ☐ Sim ☐ Não  
Dreno Utilizado: ☐ Não ☐ Sim, Qual \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Hemotransfusão: ☐ Não ☐ Sim, Quais: \_\_\_\_\_  
Nº de Bolsa Segmento: \_\_\_\_\_  
Rh Hemocentro: ☐ Hemope ☐ Ihene  
Nº de Bolsa Segmento: \_\_\_\_\_  
Rh Hemocentro: ☐ Hemope ☐ Ihene  
Equipamentos Especiais: \_\_\_\_\_  
☐ Vídeo ☐ Intensificador de Imagem ☐ Raio X ☐ Tesoura Ultrassônica ☐ Microscópio ☐ Outros, Quais? \_\_\_\_\_  
Peça Cirúrgica: ☐ Sim ☐ Não Qual \_\_\_\_\_  
Peça Entregue a: ☐ Laboratório ☐ Familiares  
Obstetrícia  
Parto: ☐ Cesário ☐ Normal  
☐ Feto Vivo ☐ Feto Morto Peso: \_\_\_\_\_ Hora do Parto: \_\_\_\_\_  
Paciente Encaminhado: ☐ Leito ☐ UTI ☐ SRPA ☐ Externo Hora: \_\_\_\_\_

COD. 05/051

Vire



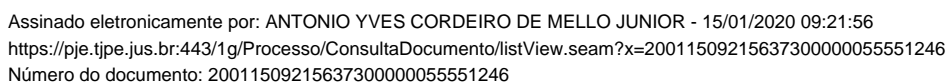


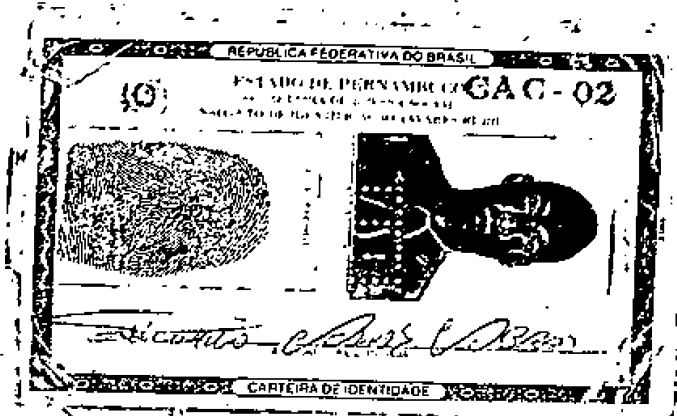


RECEIVED ALLIANCE 28  
1416801477

1416801477

VALDO IM TROO  
D HENRIQUE MASONAL





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.143.559
DATA DE EXPEDIÇÃO	08/10/2008
SEXO	<< RICARDO ALVES CABRAL >>
FEIÇÃO	<< RICARDO MARCELINO CABRAL >>
	<< TEREZITA ALVES CABRAL >>
NATURALIDADE	RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO	08/10/1964
DOC. ORDEM	<< CC.10398-L.358-AUX.F.199-CART.
	119DIST.RECIFE-PE-13.06.2007 >>
CPF	291.494.364-49
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEIN 7 116 DE 29/08/03	
F-31 7.723 4322	



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**RICARDO ALVES GABRAL**

Nº de inscrição  
**291494364-29**

Data de Nascimento  
**08/10/64**

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida a partir da data de emissão, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinado eletronicamente por: **RICARDO ALVES GABRAL**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em **24/03/87**



Letra do TPA - Letra corporale



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº.36220 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005A. CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA  
Ofício nº. 183 / 2018 Data 18 / 9 / 2018  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005A. CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:30 do dia 18 de Setembro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de RICARDO ALVES CABRAL filho(a) de RICARDO MARCELINO CABRAL e de TEREZITA ALVES CABRAL, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO; estado civil Casado(a), aparentando a idade de 53 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 2143559, profissão ELETRICISTA, endereço RUA ALTO DO EUCALIPTO, nº 995, complemento: NÃO INFORMADO, bairro BREJO DE BEBERIBE, telefone/s: (81)98852-5759, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Periciando comparece para realizar exame traumatológico relatando ter sido vítima de acidente de trânsito em 8/06/2018 (BO nº 18E0094001915). Na ocasião pilotava uma motocicleta quando sofreu colisão em sua lateral, sendo socorrido pelos Bombeiros, que o conduziram ao Hospital de Avila, onde foi submetido à cirurgia traumatológica, motivada por fratura exposta da clavícula esquerda. Traz consigo cópia do boletim de ocorrência, da ficha cirúrgica, do relatório da enfermagem do hospital de Avila e do corpo de bombeiros, que confirmam a veracidade das informações prestadas. Nega ter realizado sessões de fisioterapia.

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Ao exame exibe uma cicatriz na região clavicular esquerda hipocrômica e normotrófica medindo 135x14mm, além de outra menor, inferior, medindo 28x03mm, com o mesmo aspecto da anterior. Há limitação leve na amplitude do movimento de elevação do membro superior esquerdo sem comprometimento dos outros movimentos.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

Há nexo causal e temporal. Para fins de DPVAT o periciando exibe Invalidez Permanente Parcial Incompleta com grau de repercussão leve (20%) sobre as funções do membro superior esquerdo.

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?  
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?  
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente do membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)  
Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias e debilidade permanente do membro superior esquerdo.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)  
Não.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado como o(a) médico(a) legista que assina Dr<sup>o</sup> IVSON SOARES HENRIQUES - CRM 13356.

Perito responsável

Ricardo Alves  
CABIAL  
JO JO 18 1289  
4





DIRETORIA DE POLÍCIA METROPOLITANA  
5ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL  
CASA AMARELA

36220/18

Ofício nº 183 / 2018-SA

Recife, 04 de Setembro de 2018.

Senhor Diretor,

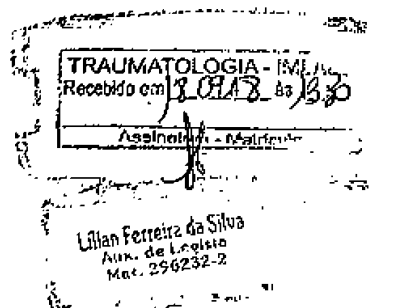
Encaminho a V.S.<sup>a</sup> a fim de ser submetido(a) à PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA, o (a) Sr(ª): Ricardo Alves Cabral, filho (a) de Ricardo Manoel Cabral e de Terezita Alves Cabral, R.G. 2143559 SDS-PE, nascido(a) em 08/10/1964 natural de Recife-PE residente na Rua: Alto do Eucaipto, 995 Bairro: Bejo de Bebebe Cidade: Recife - PE, o (a) qual foi vítima de: Acid de Trânsito, conforme BOE: 18E0094007915.

Igualmente, solicito que referido laudo seja encaminhado delegacia da 5ª Circunscrição - PAV AMARELA.

Atenciosamente,

Bel<sup>a</sup> Lidia Mara Barci  
Delegada de Policia.

limº. Sr. Dr.  
MD: Diretor do Instituto de Medicina Legal – I.M.L.  
Nesta.



Rua Paula Batista, nº 616 – Casa Amarela – Recife/PE - CEP 52070-070  
Fone-3184-3426 - dpcasaamarela@policiacivil.pe.gov.br





DIRETORIA DE POLÍCIA METROPOLITANA  
5ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL  
CASA AMARELA

36220/18

Ofício nº 183 / 2018-SA

Recife, 04 de SETEMBRO de 2018.

Senhor Diretor,

Encaminho a V.S.ª a fim de ser submetido(a) à PERÍCIA  
TRAUMATOLOGICA, o (a) Sr(ª): RICARDO ALVES CABRAL  
filho (a) de RICARDO MONTEIRO CABRAL e de  
TANGARA ALVES CABRAL, R.G. 2145559 SDS-PE,  
nascido(a) em 08/10/1964 natural de RECIFE-PE  
residente na Rua: ALTO DO CUCUPIRÔ, 995  
Bairro: BRUNO DE BESENBE Cidade: RECIFE - PE, o (a) qual foi  
vitima de: ACI.D. DE TRANSITO, conforme BOE: 18E0094001915.

Igualmente, solicito que referido laudo seja encaminhado delegacia da  
5ª Circunscrição - CASA AMARELA.

Atenciosamente,

Belª Lídia Mara Barci  
Delegada de Polícia.

TRAUMATOLOGICA  
Recebido em 10/09/18 às 13h  
Assinatura - RECIFE

Imº. Sr. Dr.  
ID: Diretor do Instituto de Medicina Legal - I.M.L.  
lesta.

Lilian Ferreira da Silva  
Aux. de Legacia  
Mat. 258232-2

Rua Paula Batista, nº 616 - Casa Amarela - Recife/PE - CEP 52070-070  
Fone-3184-3426 - dpcasaamarela@policiacivil.pe.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 36220 / 2018

CÓPIA AUTÊNTICA

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005A, CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA  
Ofício nº. 183 / 2018 Data 18 / 9 / 2018  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005A, CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:30 do dia 18 de Setembro de 2018, na seção da Clínica Médico-legal, procedeu o exame de RICARDO ALVES CABRAL, filho(a) de RICARDO MARCELINO CABRAL e de TEREZITA ALVES CABRAL, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), apresentando a idade de 53 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 2143559, profissão ELETRICISTA, endereço RUA ALTÔ DO EUCALIPTO, nº 995, complemento: NÃO INFORMADO, bairro BREJO DE BEBERIBE, telefones: (81)98852-5759, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Periciando comparece para realizar exame traumatológico relatando ter sido vítima de acidente de trânsito em 88/05/2018 (BO nº 18E0094001915). Na ocasião pilotava uma motocicleta quando sofreu colisão em sua lateral, sendo socorrido pelos Bombeiros, que o conduziram ao Hospital de Avila, onde foi submetido à cirurgia traumatológica, motivada por fratura exposta da clavícula esquerda. Traz consigo cópia do boletim de ocorrência, da ficha cirúrgica, do relatório da enfermagem do hospital de Avila e do corpo de bombeiros, que confirmam a veracidade das informações prestadas. Nega ter realizado sessões de fisioterapia.

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Ad exame exhibe uma cicatriz na região clavicular esquerda hipocrômica e normotrófica medindo 135x14mm, além de outra menor, inferior, medindo 28x03mm, com o mesmo aspecto da anterior. Há limitação leve na amplitude do movimento de elevação do membro superior esquerdo sem comprometimento dos outros movimentos.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

Há nexo causal e temporal. Para fins de DPVAT o periciando exhibe Invalidez Permanente Parcial Incompleta com grau de repercussão leve (20%) sobre as funções do membro superior esquerdo.

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente do membro, sentido ou função, perigo da vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias e debilidade permanente do membro superior esquerdo.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

Página 1 de 2







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto (a) mediante a legislação que assina Dr. (a) IVSON SOARES HENRIQUES - CRM 13356.

Partido responsável

ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Instituto de Medicina Legal - Antônia Persivo Cunha  
Rua da República, 100 - 1º andar - Recife - PE

De acordo com o parecer do perito responsável, o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

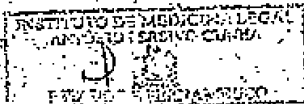
identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de

identificação, não foi possível identificar o corpo de


identificação, não foi possível identificar o corpo de



Fábio Farias Almeida  
Assistente em Gestão Pública  
Matrícula nº 963.374/7



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137305/19

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

CPF: 291.494.364-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: RICARDO ALVES CABRAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

#### Outros



**RICARDO ALVES CABRAL : 291.494.364-49**

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](http://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: 24/04/2019  
Nome: RICARDO ALVES CABRAL  
CPF: 291.494.364-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

RICARDO ALVES CABRAL

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



☒ Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

☐ Aguardando status e/ou Erro sistêmico

☒ Solicitação 07

☐ Solicitação 06

☐ Caixa Redistribuição

☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal

☐ Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
09/04/19	24/4

24/4 - recebido p/ cadastro. (Agnes)

Nome: Élen Pereira



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



**COBERTURA SOLICITADA**  
☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DMS

**IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

VÍTIMA RICARDO ALVES CORREIA

DATA DO ACIDENTE 06/02/20 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 29199836859

**PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 14 ANOS**

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis.

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS**

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

**DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE**

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

**DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA DE MORTE**

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COM PANHEIRO (A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COM PANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES)**
  - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
  - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

Portador da documentação (Nome): \_\_\_\_\_  
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: \_\_\_\_\_  
 E-mail: RICARDOALVESCORREIA@hotmail.com  
 Data: 19-10-2019 Assinatura: [Assinatura]

**RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO**

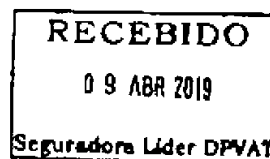
Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AL-CENTRAL  
 Atendente: FLÁVIO GOMES DE MELLO Matrícula: 8.525.136-D  
 Data: 19/10/2019 Assinatura: [Assinatura]



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO ALVES CABRAL  
NR Sinistro: 3180509282  
Vítima: RICARDO ALVES CABRAL  
Data do Acidente: 06/06/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

*Canal*



Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180509282, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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](http://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

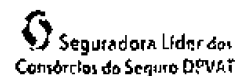
Pág. 0015900170 - caixa\_03 - INVALIDEZ

00050045

Carta nº 13575033



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137305/19

Outros



Número do Sinistro: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do acidente: 08/05/2018

CPF: 291.494.364-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO ALVES CABRAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RICARDO ALVES CABRAL : 291.494.364-49

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](http://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: 15/05/2019  
Nome: RICARDO ALVES CABRAL  
CPF: 291.494.364-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

RICARDO ALVES CABRAL

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA





## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL  
Data do Acidente: 08.06.2018 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: \_\_\_\_\_

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)  
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)  
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
edido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não  
☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**  
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**  
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**  
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)  
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)  
☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RICARDO ALVES CABRAL  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 291.484.364-99  
E-mail: 291.484.364-99  
Data: 07.06.2018 Assinatura: [Assinatura]

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do porto): Alc. Central Recife  
Atendente: Edmilson Taurino da Silva Matrícula: Agência de Comercial Atividade Comercial Matrícula: 664.102-1  
Data: 03/05/2019 Assinatura: [Assinatura]





Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO ALVES CABRAL  
Nº Sinistro: 3180509282  
Vítima: RICARDO ALVES CABRAL  
Data do Acidente: 06/06/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180509282, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

Pag. 00169/00170 - enla\_03 - INVALIDEZ

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de 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](http://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 1357/0023





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137305/19

Outros



Número do Sinistro: 3190289105

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do acidente: 08/05/2018

CPF: 291.494.364-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO ALVES CABRAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RICARDO ALVES CABRAL : 291.494.364-49

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](http://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: 15/05/2019  
Nome: RICARDO ALVES CABRAL  
CPF: 291.494.364-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

RICARDO ALVES CABRAL

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA





## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL  
Data do Acidente: 08.06.2018 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: \_\_\_\_\_

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)  
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)  
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
edido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não  
☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**  
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**  
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**  
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)  
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)  
☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RICARDO ALVES CABRAL  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 291.484.364-99  
E-mail: 291.484.364-99  
Data: 07.06.2018 Assinatura: [Assinatura]

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do porto): Alc. Central Recife  
Atendente: Edmilson Taurino da Silva Matrícula: Agência de Comercial Atividade Comercial Matrícula: 0604002-1  
Data: 03/05/2019 Assinatura: [Assinatura]





Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO ALVES CABRAL  
Nº Sinistro: 3180509282  
Vítima: RICARDO ALVES CABRAL  
Data do Acidente: 06/06/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180509282, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

Pag. 00169/00170 - enla\_03 - INVALIDEZ

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de 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](http://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 1357/0023



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289105

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do acidente: 08/06/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA  
DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta de clavícula esquerda

**Descrição do exame físico:** Vítima com consolidação viciosa da fratura, realiza flexão a 150 graus, abdução a 160 graus, limitação de força leve do ombro, com presença de cicatriz local

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura, evoluindo sem complicações.  
Fez fisioterapia.  
Alta há cerca de 3 meses

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional leve (25%) em ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/05/2019

**Conduta mantida:**

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

### 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289105

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO ALVES CABRAL

Data do acidente: 08/06/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA  
DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 02 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

