



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE ESTÂNCIA DA COMARCA DE ESTÂNCIA
Av. Tenente Eloi, Bairro Centro, Estância/SE, CEP 49200000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201950001120	Distribuição: 15/08/2019
Número Único: 0005256-06.2019.8.25.0027	Competência: 1ª Vara Cível de Estância
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: DELMAR FRANCISCO DE JESUS
Endereço: OTAVIANO SIQUEIRA
Complemento:
Bairro: ALAGOAS
Cidade: ESTANCIA - Estado: SE - CEP: 49200000
Requerente: Advogado(a): THAYLA JAMILLE PAES VILA 1193/A/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua da Assembléia
Complemento: 16º andar, Ed. City Tower
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20011000
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE ESTÂNCIA DA COMARCA DE ESTÂNCIA
Av. Tenente Eloi, Bairro Centro, Estância/SE, CEP 49200000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL DE ESTÂNCIA DA COMARCA DE ESTÂNCIA
Av. Tenente Eloi, Bairro Centro, Estância/SE, CEP 49200000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201950001120

DATA:

17/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200817163003849 às 16:30 em 17/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06627

CONTA: 000000006454-3

Autenticação:

996F6CDCD697DA604612CE0449A45E00BC1706A0DF81EAE3B5740ECB06C7583B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326933 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO PERILUNAR DO CARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. ADELINO CARVALHO NETO, CRM/SE 161, 12/05/2019.

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326933 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO PERILUNAR DO CARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. ADELINO CARVALHO NETO, CRM/SE 161, 12/05/2019.

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE ESTANCIA

No. DO BE: 397853
CNS:DATA: 02/09/2018 HORA: 08:43 USUARIO: CVFGRILLO
SETOR: 01-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DELMAR FRANCISCO DE JESUS
IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/10/1973
ENDERECO.....: RUA OTAVIANO SIQUEIRA
COMPLEMENTO....: 126010037680005 BAIRRO: ALAGOAS
MUNICIPIO.....: ESTANCIA UF: SE
NOME PAI/MAE...: ROBERTO DE JESUS /MARIA INACIA FRANCISCA
RESPONSAVEL...: ALISSON-SOBRINHO
PROCEDENCIA...: ESTANCIA - SE
ATENDIMENTO...: OUTROS SEM ESPECIFICACOES
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: 1096189
SEXO...: MASCULINO
NUMERO: 527
CEP....: 49200-000
TEL....: 79-99806-775

TRAUMA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Adto de Dor no abd, leve dor no abd,
no 1º pl. Intestino.

Ba. htr. euforica, euforica,
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:
Cura na mo e punho direito.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1-Dipirona 1gim.
2-Dimen/Encanto a Intestino.

10.00

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

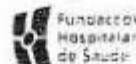
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Delmar Francisco da Silva

DATA DA ENTRADA: 02/09/2018

DATA DA SAÍDA: 02/09/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (x) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente deu entrada com queixa relativa de trauma em punho direito, apresentando luxação perissarticular de corpo distal. Foi avaliado pelo ortopedista a qual realizou redução imediata de luxação e também procedeu a imobilização com tala axilar. Posteriormente em consulta o paciente teve indicação de cirurgia de mão.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sem registro no prontuário

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de punho direito (AP e perfil)

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Fernando Neto (Ortopedia e Traumatologia)

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (x) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 19 de setembro de 2018

Manoelton

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

17 JAN 2019

NUCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BE: 1777700
CNS:

DATA: 02/09/2018 HORA: 12:01 USUARIO: ACFERREIRA
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DELMAR FRANCISCO DE JESUS
IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/10/1973 Faturado DOC....: 1096189
ENDERECO.....: RUA OTAVIANO SIQUEIRA PS - Ar. SEXO...: MASCULINO
COMPLEMENTO....: 126010037680005 BAIRRO: ALAGOAS NUMERO: 527
MUNICIPIO.....: ESTANCIA UF: SE CEP....: 49200-000
NOME PAI/MAE...: ROBERTO DE JESUS /MARIA INACIA FRANCISCA
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 7998067775
PROCEDENCIA...: ESTANCIA
ATENDIMENTO...: TRAUMA
CASO POLICIAL..: NAO
ACID. TRABALHO: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *trauma no punho, data primeiros sintomas: 02/09/2018
do carro. Realizado atendimento em UBS + imobilizado
R+cateter: sedado do braço
em curativo à tregem curado
de NAO*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *luxacao perissarica do punho* CID: *S60.01*
PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

*1X punho @ AP + P
Reducao imediata
talo crural pulso 5280*

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PARTIR DO
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

Dr. Benigno Neto
Ortopedia e Traumatologia
Clínica e Cirurgia da Coluna
CRM/SE 3834 TEOT 13629

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



CIRURGIA DE MÃO

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Fundação
Hospitalar
de Saúde

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE RETORNO DE TRATAMENTO
CONSERVADOR DE FRATURAS DO PRONTO SOCORRO

PACIENTE: Delmo Francisco de Jesus IDADE: 44

DIAGNÓSTICO: Luxação peri-sei-lunar
do carpo

PROCEDIMENTO REALIZADO NA URGÊNCIA: Redução 1-creto

AGENDAR CONSULTA DE RETORNO EM 02 DIAS

ARACAJU-SE, 02/09/18

ORTOPEDISTA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO

- AGENDAR CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO DE RETORNO ANEXO AO PRONTO SOCORRO DO HUSE DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRAS DAS 7 AS 17 HORAS.
- LEVAR TODAS AS RADIOGRAFIAS FEITAS NO DIA DE ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO PARA A CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO.
- TELEFONE: 3215.0200 3234 - 3412


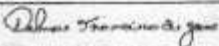

Av. Tancredo Neves, S/N - Bairro Capucho - Aracaju/SE

17 JAN 2019





DATA DO EXAME : 02/09/2018 12:23:10 Técnico: VALDA
MAYRISILIA 1777700 - NASCIMENTO : 06/10/1973

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1540917878	NOME DELMAR FRANCISCO DE JESUS
	<div> <div>  </div> <div> DOC. IDENTIDADE / RG (ESSOPAR) 1096189 SSP SE </div> </div>
	<div> <div> CPF 589.793.795-07 </div> <div> DATA NASCIMENTO 06/10/1973 </div> </div>
	FILIAÇÃO ROBERTO DE JESUS MARIA IMACIA FRANCISCA
PROIBIDO PLASTIFICAR 1540917878	<div> <div> PERMISSÃO AB </div> <div> ACC AB </div> <div> CAT HAB AB </div> </div>
	<div> <div> IP REGISTRO 03019891157 </div> <div> VALIDADE 13/09/2022 </div> <div> P HABILITAÇÃO 15/09/2003 </div> </div>
	OBSERVAÇÕES NEM OBSERVAÇÃO;
ASSINATURA DO PORTADOR 	
<div> <div> LOCAL ESTANCIA, SE </div> <div> DATA DE EMISSÃO 14/09/2017 </div> </div>	
<div> <div>  LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO DIRETOR - PRESIDENTE </div> <div> 34737860398 SE019880693 </div> </div>	
SERGIPE	

17 JAN 2019

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

—MOM

A85591

_____ COMPULSIVE _____

01300000/00000000

— GOTA ÚNICA —

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÊMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

UTAH COUNTY CLERK'S OFFICE

THRETOOL-PREFINITE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.centrodecalidad.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2013 09/07/2013

CA	OFF / CNB	PLACA
	589-793-795-87	ELF-7411

01034475662	RENALIM	MARCA / MODELO
		HONDA / XR160 PROS E3DD

AND TAB	Q1 THRU	NO CHASS
20114	09	902KNOB101ER409058

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	99,32

CUSTO DO SILHETE (R\$)	OF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)
4,15	0,70	185,50

<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE EMISSÃO 02/02/2018
--	------------------------------------	-------------------------------

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

68-113

NOV-2017



Dr. Adelino Carvalho Neto
CREMESE 161
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL
(SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T.)

Decorrente de acidente de trânsito em 02/09/2018

DELMAR FRANCISCO DE JESUS sofreu luxação do punho direito tipo
PERILUNAR DO CARPO DIREITO com rotura de todo aparelho ligamentar
CID10- S 63.0

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com
prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- redução da mobilidade do punho direito na flexo extensão,
perda de estabilidade articular, artrose postraumática por necrose
avascular, edema crônico residual doloroso, distrofia simpática reflexa,
com perda de força. Tratamento já concluído e as lesões residuais são
permanentes.

Aracaju, 12 de maio de 2018

Adelino Carvalho Neto - Médico perito

Adelino Carvalho Neto
Adelino Carvalho Neto
Ortopedista
CREMESE 161

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326933

Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DELMAR FRANCISCO DE JESUS

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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190326933

Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DELMAR FRANCISCO DE JESUS

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





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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326933

Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Data do Acidente: 02/09/2018

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



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326933

Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DELMAR FRANCISCO DE JESUS

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 punhos

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: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000006627

Conta: 0000006454-3

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	589.793.795-87	Delmar Francisco de Jesus
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Delmar Francisco de Jesus	589.793.795-87	
Profissão:	Endereço:	Número:
Ricua	Rua Otaviano Siqueira	527
Bairro:	Cidade:	Estado:
Alagoas	Estância	Sergipe
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	49200-000	3015-1533
		(79) 99847-1533

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 6627 <input type="checkbox"/> CONTA: 06454 <input type="checkbox"/> 3 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Estância/SE, 08/01/2018

Nome: Delmar Francisco de Jesus

CPF: 589.793.795-87

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fide jactância do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



17 JAN 2019



PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/10484.0-000471

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Endereço: FONE:()

FATO

Data e Hora do Fato: 02/09/2018 - 11:00 até 02/09/2018 - 11:00

Endereço: BR101 Número: Complemento: na ponte próximo ao posto de gasolina CEP: 49200-000

Bairro: SANTA CRUZ Cidade: ESTANCIA - SE Circunscrição: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Nome do pai: ROBERTO DE JESUS Nome da mãe: MARIA INÁCIA FRANCISCA

Pessoa: Física CPF/CGC: 589.793.795-87 RG: 10961895 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: RIO DE JANEIRO Data de nascimento: 06/10/1973 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: Acoplador Estado civil: Convivente Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: Rua Otaviano Siqueira Número: 527 Complemento: Casa

CEP: 49.200-000 Bairro: Alagoas Cidade: ESTANCIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 998067775

HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, hora e local em epígrafe estava conduzindo sua moto HONDA/NXR 160 BROS ESDD, COR PRETA, PLACA QKP 7411/SE, ANO FAB. 2014, ANO MOD. 2015, CHASSI 9C2KDO810FR409058, em direção a sua residência; Que o noticiante afirma que é habilitado e estava portando capacete de proteção; Afirma que estava na velocidade permitida, mas foi surpreendido com um buraco na BR 101 na ponte; Afirma que bateu o pneu dianteiro e acabou caindo; Que o noticiante afirma que os motoristas que vinham atrás pararam e começaram a sinalizar e um dos rapazes lhe ajudou a levantar; Que o noticiante afirma que conseguiu ir para o hospital e lá foi diagnosticado que estava com o pulso quebrado; Afirma e comprova as lesões conforme relatório médico; Que apresenta como suas testemunhas as senhoras Sandra Santana Silva, portadora do RG. 949.179 SSP/SE e CPF 610.086.055-49, residente e domiciliada na Avenida Domingo Alves Ribeiro, nº251, Bonfim, Estância/SE e Iraci Andrade Silva, portadora do RG. 360.894 SSP/SE e CPF 587.651.825-53, residente e domiciliada na Avenida Senhor do Bonfim, nº108, Bonfim, Estância/SE; Que o noticiante afirma que o boletim é para fins do seguro DPVAT.

Data e hora da comunicação: 28/09/2018 às 17:17

Última Alteração: 28/09/2018 às 17:13.

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

Delmar Francisco de Jesus
DELMAR FRANCISCO DE JESUS
Responsável pela comunicação

Alessandra de Lima Alves
Alessandra de Lima Alves
Responsável pelo preenchimento

17 JAN 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	589.793.795-87	Delmar Francisco de Jesus

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

Nome completo:	CPF:
Delmar Francisco de Jesus	589.793.795-87
Profissão:	Número:
Ricua	527
Endereço:	Complemento:
Rua Otaviano Siqueira	Corra
Bairro:	Cidade:
Alagoas	Estância
E-mail:	Estado:
	Sergipe
	CEP:
	49200-000
	Tel. (DDD):
	3015-1533
	(79) 99847-1533

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 6627 <input type="checkbox"/> CONTA: 06454 <input type="checkbox"/> 3 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Estância/SE, 08/01/2018

Nome: Delmar Francisco de Jesus

CPF: 589.793.795-87

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidejussão do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL REGIONAL DE ESTANCIA



BE: 397806 DATA: 01/09/18 HORA: : CNS: 126.0100.37680005

NOME: Delma Francisco de Jesus

IDADE: 45 DATA DE NASCIMENTO: 06.10.73 DOC: 1046189 SEXO: M

ENDEREÇO: Rua Otaviano Siqueira Nº 527

BAIRRO: Alaguar COMPLEMENTO: Lacer CEP: 4200-000

MUNICIPIO: Estância UF: SE ATENDENTE: LSS

NOME PAI: Roberto de Jesus

NOME MÃE: Maria Inês Francisco

RESPONSÁVEL: TEL: 799-9806-7775

MOTIVO ATENDIMENTO: Queda CASO POLICIAL: P/ DE SAÚDE:

ACID. TRABALHO: VEIO AMBULÂNCIA: TRAUMA: MAUS TRATOS:

DADOS CLINICOS:

Chama para o 112 - porta de emergência -

Após 4 horas; Dor no punho direito.

BCC. Htc. clonaz 15.

Elevada Euphoria.

cd: 50 mg clonaz 15 - 15.10.18

Prescrição + Dipirona 500 mg.

Dr. Uellinton Ferreira
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM - SE 6259

DIAGNOSTICO:		CID:
PRESCRIÇÃO	HORÁRIO DA MEDICAÇÃO:	

DATA DA SAÍDA: / / HORA: :
 ALTA: DECISÃO MEDICA () A PEDIDO () EVASÃO ()
 DESISTÊNCIA () ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO ()

17 JAN 2019

Delma Francisco de Jesus
 ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL