

---

**Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200000816**

**Vítima: CICERO SOARES DE MELO**

**Data do Acidente: 20/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CICERO SOARES DE MELO**

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, 09 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200000816**

**Vítima: CICERO SOARES DE MELO**

**Data do Acidente: 20/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), CICERO SOARES DE MELO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000816

Vítima: CICERO SOARES DE MELO

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CICERO SOARES DE MELO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CICERO SOARES DE MELO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000056350-0**

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



# 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:

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

Nome completo: Profissão: Endereço: Cidade: Estado: CEP: Número: Complemento: E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: (0036) CONTA: (56350) AGÊNCIA: CONTA:

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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: Nome: CPF: Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura: 2ª Nome: CPF: Assinatura:

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

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



# 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:

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

Nome completo: Profissão: Endereço: Cidade: Estado: CEP: Número: Complemento: E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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: Nome: CPF: Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura: 2ª Nome: CPF: Assinatura:

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

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





**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 04601.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04601.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:53 horas do dia 30 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Cicero Soares de Melo**, CPF nº 095.268.154-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Cozinheiro, filho(a) de Maria de Lourdes Soares da Silva e Manuel Soares de Melo, natural de Pilões/PB, nascido(a) em 19/01/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Mardoqueu Nacre, Nº 110, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo a Farmácia Pague Menos., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99943-9036.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: General Costa, nº 478, De Frente Ao Nº 478 (restaurante Salute), João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/01/19 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo a declarante no dia 20/01/2019 por volta das 16:30 horas quando transitava, pela Rua General Costa; com o veículo tipo HONDA/NXR150 BROS; ano e modelo: 2011/2011, de cor vermelha de placa: OEZ4758/PB CHASSI: 9C2KD0560BR107362 pertencente a Sra. Maria José dos Santos; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido Av. Edson Ramalho, quando um veículo não identificado que evadiu-se do local trancou a moto do declarante obrigando o mesmo a desviar vindo a subir numa calçada e pra evitar a colisão com um poste o declarante fez uma manobra; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 113561, FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO CID S72.3; conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de abril de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

CICERO SOARES DE MELO

Noticiante

COMPREV SEGUROS

06 MAIO 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 04601.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04601.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:53 horas do dia 30 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Cicero Soares de Melo**, CPF nº 095.268.154-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Cozinheiro, filho(a) de Maria de Lourdes Soares da Silva e Manuel Soares de Melo, natural de Pilões/PB, nascido(a) em 19/01/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Mardoqueu Nacre, Nº 110, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo a Farmácia Pague Menos., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99943-9036.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: General Costa, nº 478, De Frente Ao Nº 478 (restaurante Salute), João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/01/19 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo a declarante no dia 20/01/2019 por volta das 16:30 horas quando transitava, pela Rua General Costa; com o veículo tipo HONDA/NXR150 BROS; ano e modelo: 2011/2011, de cor vermelha de placa: OEZ4758/PB CHASSI: 9C2KD0560BR107362 pertencente a Sra. Maria José dos Santos; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido Av. Edson Ramalho, quando um veículo não identificado que evadiu-se do local trancou a moto do declarante obrigando o mesmo a desviar vindo a subir numa calçada e pra evitar a colisão com um poste o declarante fez uma manobra; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 113561, FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO CID S72.3; conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de abril de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

CICERO SOARES DE MELO

Noticiante

COMPREV SEGUROS

06 MAIO 2019

PROTUCULO  
AG. JOÃO PESSOA



# 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:

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

Nome completo: Profissão: Endereço: Cidade: Estado: CEP: Número: Complemento: E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: (0036) CONTA: (56350) AGÊNCIA: CONTA:

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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: Nome: CPF: Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura: 2ª Nome: CPF: Assinatura:

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

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



# 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:

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

Nome completo: Profissão: Endereço: Cidade: Estado: CEP: Número: Complemento: E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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: Nome: CPF: Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) TESTEMUNHAS 1ª Nome: CPF: Assinatura 2ª Nome: CPF: Assinatura

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

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

Número do Sinistro: **3190307656**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO SOARES DE MELO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA MARDOKEU NACRE, 110 - Padre Zé - João Pessoa - PB - CEP 58026-025**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3511224**

Data e local do acidente: [ **20/01/2019** ] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [ **20/05/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***Fx da diafise do fêmur E***

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

***ACIDENTE EM 20-01-2019 AO EXAME : PACIENTE EM CADEIRA DE RODAS ,RELATANDO QUE USO MULETAS PARA DEAMBULAÇÃO . CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA COM HIPOTROFIA MUSCULAR . LIMITAÇÃO DE EXTENSÃO DE JOELHO EM 50% E FLEXÃO DE 50%***

**III.** Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

***CIRURGIA EM 01 -02-2019 E ALTA EM 03-02-2019 ACOMPANHAMENTO FISIOTERÁPICO E AMBULATORIAL .***

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☐ ] Sim [ ☒ ] Não

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

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**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 (\*).

( ☒ ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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 (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CICERO SOARES DE MELO
DATA DE NASCIMENTO	20/01/87
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	113561
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1137182
DATA DO ATENDIMENTO	20/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO
CID 10	S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA COXA E IMPOTENCIA FUNCIONAL NA COXA ESQUERDA . AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA. INTERNADO

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DA COXA ESQ.  
EXAMES HEMATOLOGICOA  
ECG com risco cirúrgico.


### RESULTADOS DOS EXAMES:

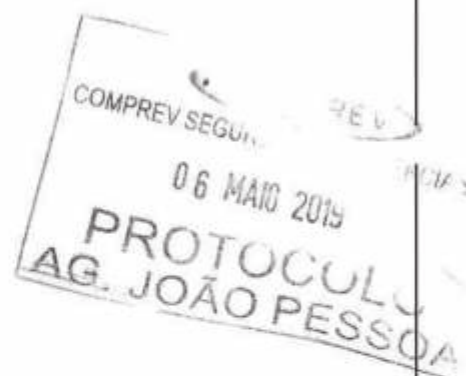
RX DA COXA ESQ. - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO .

ALTA HOSPITALAR:	03/02/19
DATA DA EMISSÃO:	16/04/19

  
Dr. ELIVALDO SOARES DE TOLEDO  
CRM: 1073/PB





PatientID: 000000086274  
PatientName: CICERO SOARES DE MELO

Sex: Masculino  
BirthDate: 20.01.1987  
Age: 32a.

StudyDate: 01.02.2019

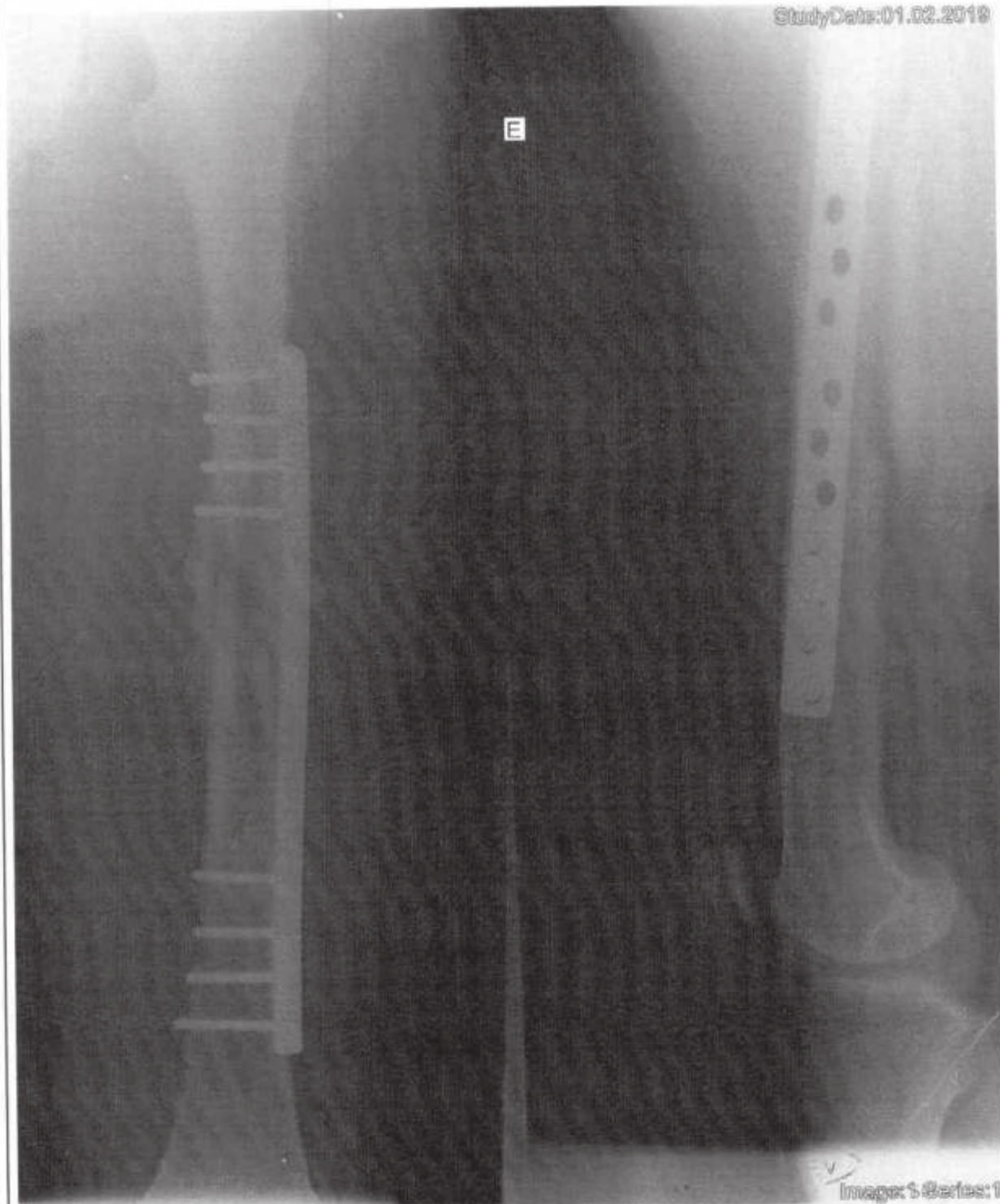


Image: 1 Series: 1

COMPREV SEC...

CS MAN 2...

HTOP

PROTUCOL  
AG. JOÃO PESSOA

# 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: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: CICERO SOARES DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000056350-0

---

Nr. da Autenticação 33DEEB3CBCD86015



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Pagamento para sempre pagamento da rede elétrica/energia elétrica - Nº 019.804.462



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
CICERO SOARES DE MELO RUA MARDOQUEU NACRE 110 JOÃO PESSOA			5/143658-3	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2019	07/02/2019	175	14/02/2019	R\$ 187,00

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



VERIFICAÇÃO

CICERO SOARES DE MELO

Roteiro: 05-001-388-3020

83640000001-1 87000149000-8 01436582019-1 02700001019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
14/02/2019	R\$ 187,00	143658-2019-02-7



COMPREV SEC.  
06 MAIO 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA  
EVIDÊNCIA S/A

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José dos Santos,

RG nº 3272571, data de expedição 17/09/2004

Órgão SSP, portador do CPF nº 014.952.574-52 com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Mardoken Vaque, nº 110,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Luciano Soares de Melo cujo o condutor era

Luciano Soares de Melo.

Veículo: moto

Modelo: HONDA / NXR 150 Bros

Ano: 2011

Placa: OE 247 58 / PB

Chassi: 9C2K D0560 BR 107362

Data do Acidente: 20-04-19

Local e Data: João Pessoa, 30-04-19

x Maria José dos Santos

Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA JOSE DOS

SANTOS, [121858], J. Pessoa-PB, 30/04/2019 10:05:50 Emol

R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepj: R\$1,95, ISS: R\$0,50. Em test da

verdade. Tabela CELEIDA CARMO PEREIRA SILVA. Selo

Digital AIN10621-9101T Consultar em

<https://selodigital.tat.tpb.joao.pessoa.pb.gov.br/protocolos/moribor>

COMPREV SEGURO  
06 MAIO 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paula José dos Santos,  
RG nº 3272571, data de expedição 17/09/2004  
Órgão SSP, portador do CPF nº 014.952.574-52 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Mardoken Vaque, nº 110,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vitima Luciano Soares de Melo cujo o condutor era  
Luciano Soares de Melo.

Veículo: moto  
Modelo: HONDA / NXR 150 Bros  
Ano: 2011  
Placa: OE 247 58 / PB  
Chassi: QC2K D0560 BR 107362  
Data do Acidente: 20-01-19  
Local e Data: João Pessoa, 30-04-19

x/ Maria José dos Santos  
Assinatura do Declarante

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



**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA JOSE DOS  
SANTOS, [121858], J. Pessoa-PB, 30/04/2019 10:05:50 Emol  
R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepj: R\$1,95, ISS: R\$0,50. Em test da  
verdade. Tabela CELEIDA CARMO PEREIRA SILVA. Selo  
Digital AIN10621-9101T Consultar em  
<https://selodigital.tst.jus.br/prococelida/morib>

COMPREV SEGURO  
06 MAIO 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CICERO SOARES DE MELO
DATA DE NASCIMENTO	20/01/87
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	113561
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1137182
DATA DO ATENDIMENTO	20/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO
CID 10	S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA COXA E IMPOTENCIA FUNCIONAL NA COXA ESQUERDA . AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA. INTERNADO

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DA COXA ESQ.  
EXSAMES HEMATOLOGICOA  
ECG com risco cirúrgico.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

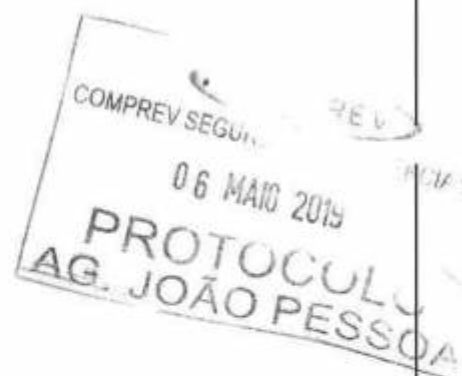
RX DA COXA ESQ. - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO .

ALTA HOSPITALAR:	03/02/19
DATA DA EMISSÃO:	16/04/19

Dr. ELIVALDO SOARES DE TOLEDO  
CRM: 1073/PB





PatientID: 000000086274  
PatientName: CICERO SOARES DE MELO

Sex: Masculino  
BirthDate: 20.01.1987  
Age: 32a.

StudyDate: 01.02.2019

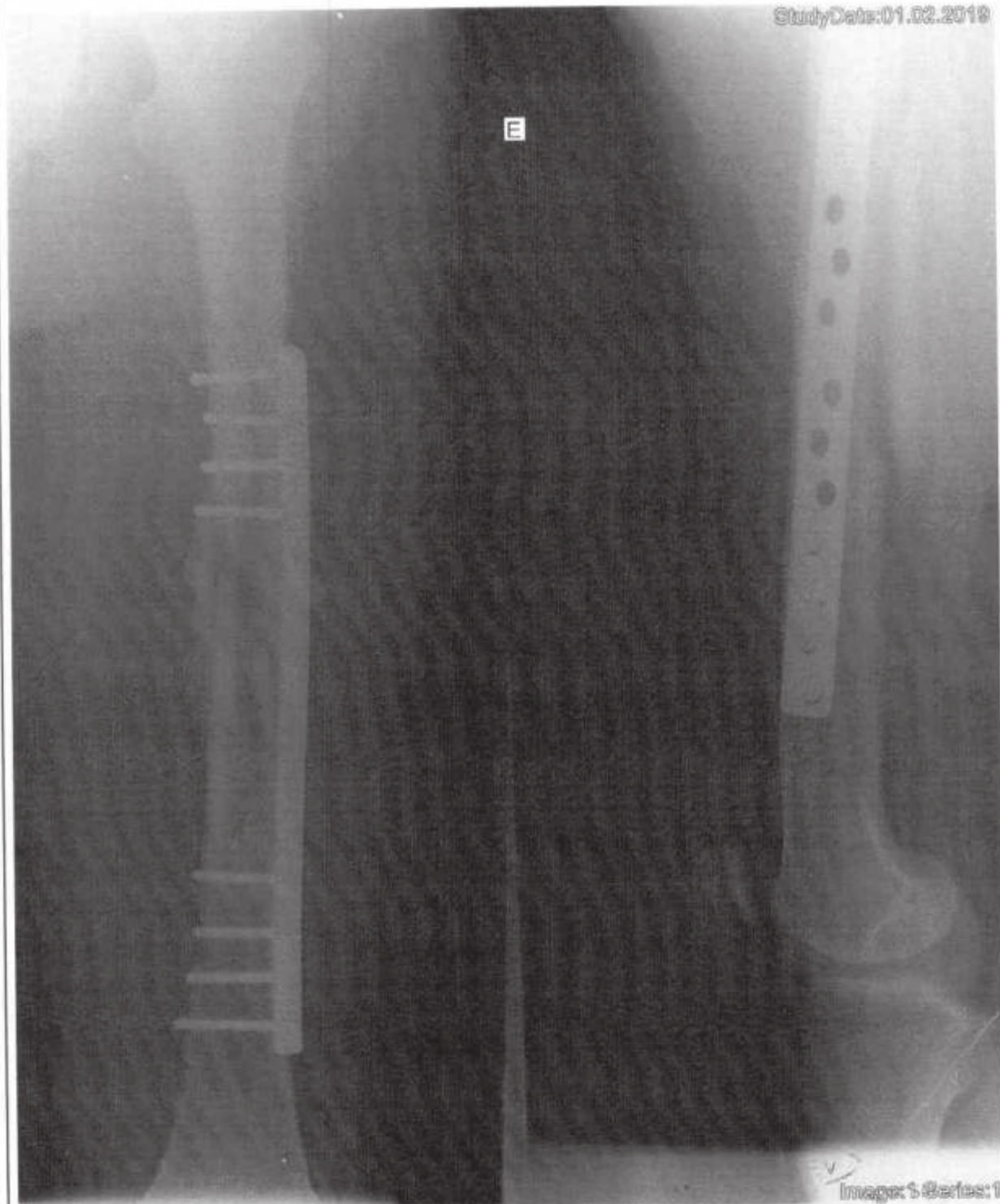


Image: 1 Series: 1

COMPREV SECUR.

CS 3548 2...

HTOP

PROTÓCOL  
AG. JOÃO PESSOA

LA VIDA MEJOR

O Sr. Cicero Soares de  
Melo, 32 anos, general de  
1ª classe do P.O. do Ex.  
Fuz. 1º, segund. comendado  
de 1ª classe do Ex. (E), tendo  
seja o posto em parte  
do Ex. com 1º de  
soldado, 2º de  
capitão de 1ª  
classe do Ex.  
Recebe alta do Ex.  
e se mantém

~~Dr. J. W. C. ...~~

171

## Médico - Elvira

## INDEX



PatientID: 000000086274  
PatientName: CICERO SOARES DE MELO

Sex: Masculino  
BirthDate: 20.01.1987  
Age: 32a.

StudyDate: 01.02.2019

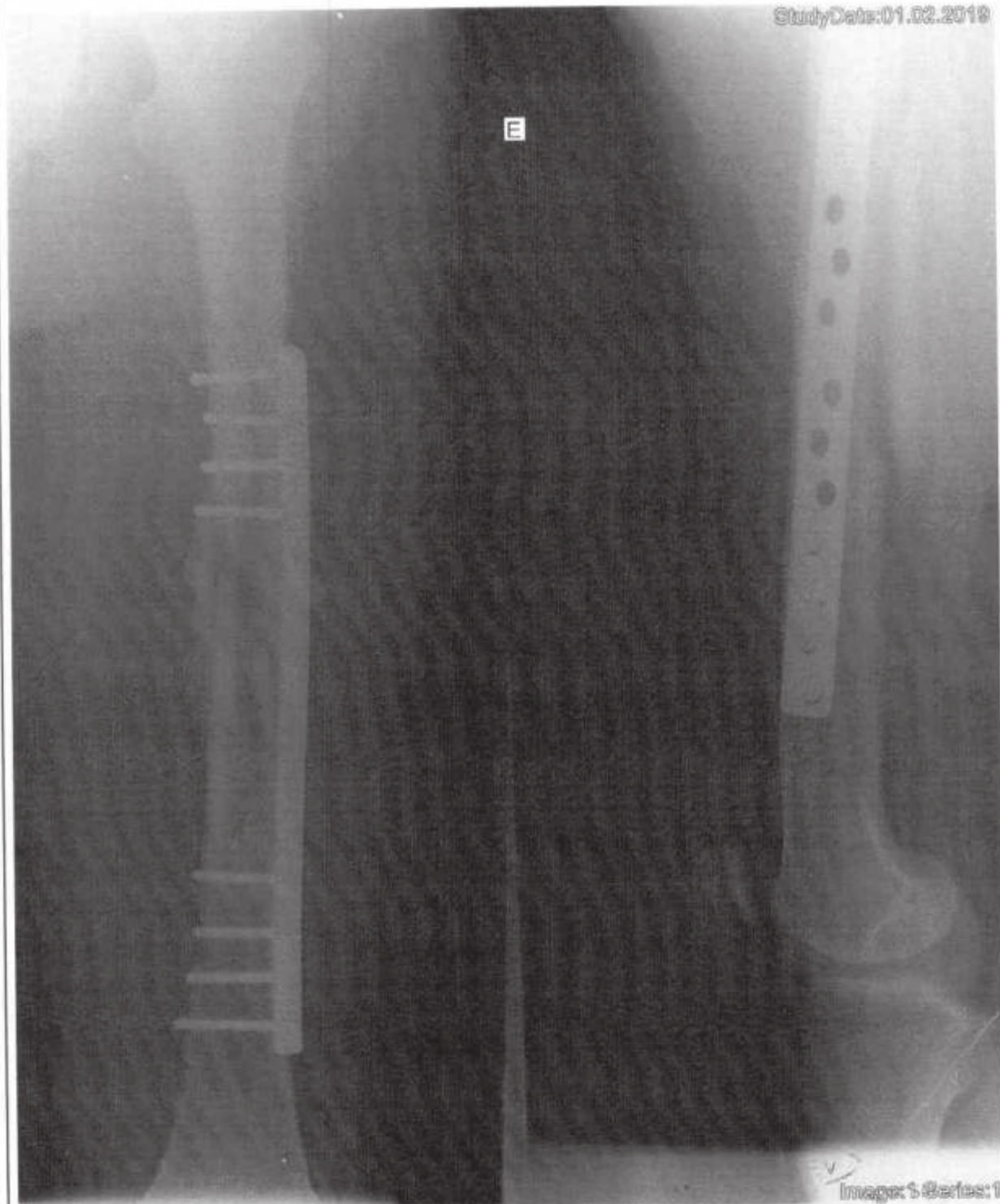


Image: 1 Series: 1

COMPREV SECUR.

CS 3548 2...

HTOP

PROTUCOL  
AG. JOÃO PESSOA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CICERO SOARES DE MELO
DATA DE NASCIMENTO	20/01/87
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	113561
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1137182
DATA DO ATENDIMENTO	20/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO
CID 10	S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA COXA E IMPOTENCIA FUNCIONAL NA COXA ESQUERDA . AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA. INTERNADO

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DA COXA ESQ.  
EXSAMES HEMATOLOGICOA  
ECG com risco cirúrgico.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

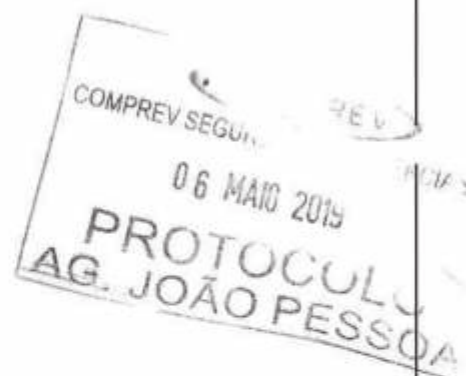
RX DA COXA ESQ. - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO .

ALTA HOSPITALAR:	03/02/19
DATA DA EMISSÃO:	16/04/19

Dr. ELIVALDO SOARES DE TOLEDO  
CRM: 1073/PB







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1660505514

NOME  
CICERO SOARES DE MELO



DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3511224 SSOS PB

CPF 095.268.154-40 DATA NASCIMENTO 20/01/1987

FILIAÇÃO  
MANUEL SOARES DE MELO  
MARIA DE LOURDES  
SOARES DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB  
A

Nº REGISTRO  
06863557285

VALIDADE  
06/02/2022

1ª HABILITAÇÃO  
21/06/2017



OBSERVAÇÕES

A :  
COMPREV SEGUROS  
06 MAIO 2019  
PROTUCULO  
AG. JOAO PESSOA  
COMPREV SEGUROS  
60

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1660505514

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
18/07/2018

*Assinatura*  
ASSINATURA DO EMISSOR

89582871988  
PB037200860



PARAÍBA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200000816

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CICERO SOARES DE MELO

**Data do acidente:** 20/01/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** ENCURTAMENTO E DEFICIT DE MOBILIDADE DO QUADRL ESQUERDO+ JOELHO ESQUERDO+CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES- ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200000816

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CICERO SOARES DE MELO

**Data do acidente:** 20/01/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** ENCURTAMENTO E DEFICIT DE MOBILIDADE DO QUADRL ESQUERDO+ JOELHO ESQUERDO+CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES- ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200000816 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CICERO SOARES DE MELO **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.2)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PERÍCIA ANTERIOR "EM TRATAMENTO"  
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190307656 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CICERO SOARES DE MELO **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190307656 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CICERO SOARES DE MELO **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.2)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200000816 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CICERO SOARES DE MELO **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 09/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.2)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PERÍCIA ANTERIOR "EM TRATAMENTO"  
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150779/19

**Vítima:** CICERO SOARES DE MELO

**CPF:** 095.268.154-40

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CICERO SOARES DE MELO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**CICERO SOARES DE MELO : 095.268.154-40**

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: 06/05/2019  
Nome: CICERO SOARES DE MELO  
CPF: 095.268.154-40

CICERO SOARES DE MELO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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

---

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

Número do Sinistro: **3200000816**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO SOARES DE MELO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA MARDOKEU NACRE, 110 - João Pessoa - PB - CEP 58026-025**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **3511224**

Data e local do acidente: [ **20/01/2019** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **15/01/2020** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO**

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

**ENCURTAMENTO E DEFICIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO+ JOELHO ESQUERDO+CLAUDICAÇÃO**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES- ALTA MÉDICA**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**Limitação funcional do membro inferior esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**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 (\*).

( ) "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 (Sequela):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB