



Número: **0081052-20.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO (AUTOR)		EWEYSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58842489	05/03/2020 16:18	2698346_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO A

Processo: 00810522020198172001

ÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **12/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 15/05/2019.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão espositiva na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;


³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190480465	Cidade: Pesqueira	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MARIA EDJANE DUARTE DE MELO	Data do acidente: 12/01/2019	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DE OSSO ASTRÁGALO DIREITO.				
Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.				
Resultados terapêuticos: BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM DEMAIS A RELATAR.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO				
Sequelas: Com seqüela				
Data do exame físico: 29/08/2019				
Conduta mantida:				
Observações: REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.				
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 tornozelo	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 do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190480485
Nome do(a) Examinado(a): Maria Edjane Duarte de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua R. José, 231 - Casa:
Vila Anápolis - Pesqueira - PE CEP: 55200-000
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [SD/S / PE] 8553124
Data local do acidente: [12/01/2019]
Data local do exame: [29/05/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzida no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE OSSO ASTRÁGALO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO CONSERVADOR COM COLOCAÇÃO DE GESSO POR 60 DIAS.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 03/07/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (deficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VB "a". Caso a resposta seja "Sim", indicar o dano permanente no item VB "b".
- VII. Segundo o 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 a, 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 seqüela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresentar abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Seqüela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse relatado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Realizou 40 sessões de fisioterapia.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a):
Carimbo com Nome e CRM



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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 000000026626-0

Nr. da Autenticação C1C2F92C98C2EE58

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca da forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”



Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autoral com fundamento no artigo 487 inciso I do cpc.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁵ art. 1º . (...)

^{§2º} Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00810522020198172001.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0081052-20.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO (AUTOR)		EWEYSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58842490	05/03/2020 16:18	ANEXO 1	Outros (Documento)

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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 000000026626-0

Nr. da Autenticação C1C2F92C98C2EE58



MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
R R JOAO 23 231
CASA VILA ANAPOLIS
55200 - 000 PESQUEIRA PE



Acesse sua conta e outros serviços
No App Minha Claro
Na internet - minhaclear.com.br
Pelo celular *10529
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052
Para deficiente auditivo, ligue 0800362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$	39,99
2. Outros Lançamentos	R\$	42,16
Total	R\$	82,15

2ª Via de Fatura Período de Uso de 17/06/2019 a 16/07/2019		Vencimento 08/08/2019
1. Plano Contratado	87 99137 6134	
Oferta Conjunta Claro Mix		Valor R\$ 49,99
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 3GB + Minutos ilimitados (158)		-
Desconto Claro Controle 3GB + Minutos ilimitados (158)		-10,00
Serviços Inclusos no seu Plano		
Pacote de Dados Controle 3GB		
Sub Total - Plano Contratado		R\$ 39,99
3. Outros Lançamentos		
Débitos Anteriores - Ref 07/2019		41,24
Juros e Multa		0,92
Sub Total - Outros Lançamentos		R\$ 42,16
Total a Pagar		R\$ 82,15

Prezado Cliente,
O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco



Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
MARIA EDJANE DUARTE DE MELO	224488897	17/06/19 a 16/07/19	R\$ 82,15	08/08/19
Claro NE DDD 81 a 89				

8484000000-3 | 82150221201-6 | 90808224488-2 | 89701628122-9

Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

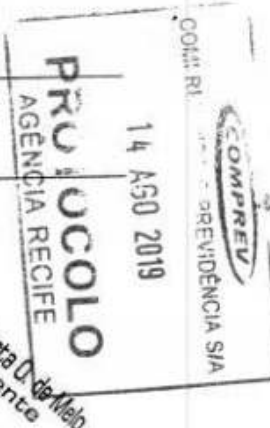
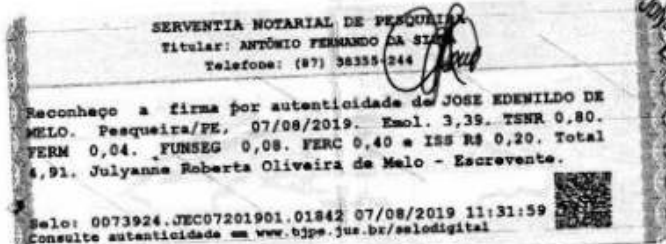
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jose Edmundo de Melo,
RG nº 5876.973, data de expedição 09/08/2006
Órgão SDS, portador do CPF nº 025.944.514-28,
com domicílio na cidade de Pesqueira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua - Raul Seixas - Vila Anapólis, nº 05,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maria Edizane Duarte de Melo, cujo o condutor era
Maria Edizane Duarte de Melo.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 125 FAN/KS Ano: 2009
Placa: KLG 6244 Chassi: 9C2JC41109R024842
Data do Acidente: 12/03/19

Local e Data: Pesqueira 07/08/19

Jose Edmundo de Melo
Assinatura do Declarante

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



HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA
F PESSOA DE QUEIROZ, prado, Pesqueira - PE
CEP: 55200-000, Fone: (87) 3835-8725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número do registro:	Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
49145	12/01/2019 16:08		URGÊNCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
CNS: Nascimento: 18/10/1959 Idade: 29 Sexo: Feminino Cor: Sem Informação
Estado Civil: Profissão: Naturalidade: PESQUEIRA Nacionalidade: Brasileiro
Filiação Mãe: OLIVIA FEITOZA DUARTE DE MELO
Documento: Ignorado Pat:

Endereço: R. TRANCREDO NEVES 164 Complemento:
Bairro: Cidade: PESQUEIRA UF: PE Telefone:
Acompanhante: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Ocorrência:
Procedência: VILA ANÁPOLIS
Atendimento Classificação de Risco:

Data: 12/01/2019 Hora do Atendimento: 16:08 Enfermeiro: Coren:

Queixa Principal:

IDA:

Queda de moto referida em 14/01/2019

COMPREV
COM: REV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
14 AGO 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: °C

B: Respiratório

FC: x SPO2

C: Circulatório

PA: 100 x 80 mmHg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MBD ☒ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

E: Abdômen:

ito Médico:

16:08

ra: 12/01/2019

Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

① Suturem o 1º e 2º IM

② Suturem o 3º e 4º IM

③ Inalação com Fio 2000 e 2000

Dr. Esio Pass da Silva Júnior

Médico

Assinatura Médico + Carim

Queixa Principal:

Reginaldo Gomes
Téc. Imobilização Ortop

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhor

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorar

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:

COMPREV
COM. REV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

14 AGO 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de exames clínicos e / ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte de emergência.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



Dr. Fred Veras
Reumatologia
CRM 6488-PE CPF 129098314-34

Maria Edijane Duarte de Melo

Paciente vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta no dia 21 de janeiro de 2019 em via pública de Pesqueira - PE deu entrada no Hospital Municipal local e onde recebeu atendimento médico para fratura o osso astrágalo D + imobilização ortopédica recebendo alta hospitalar no mesmo dia e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 03 de maio de 2019.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fratura dos ossos do pé D com edema regional + e déficit de 40% para flexão dorsal 45% para flexão plantar 40% para rotação

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico por fratura dos ossos astrágalo de difícil consolidação evoluindo para Osteoartrite.

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso a caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 03 de julho de 2019



Dr. Fred Veras
Reumatologia - Ortopedia
CRM 6488-PE CPF 129098314-34

Av. Apurício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304



Prefeitura Municipal de Pasqueira Secretaria Municipal de Saúde Pasqueira - Pernambuco		REGISTRO N° 1222 223 DATA: 12/01/2019
PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE: Maria Edgine Duarte de Melo		
PROFISSÃO:		
PAI:		
MÃE: Olívia Fenteza Duarte de Melo		
SEXO: M Fx		
DATA DE NASCIMENTO: 18/10/89 ESTADO CIVIL:		
NATURALIDADE: Pesqueira PROCEDÊNCIA: PE		
ENDEREÇO: Rua Tancredo Neves, 164 Vila Maripós - Pesqueira - PE		
MOTIVO DA CONSULTA - EX. FÍSICO - HIPÓTESES DIAGNOSTICADAS - CONDUTA		
13/01/19 → Dor no mto - ps li + 1/2 dia - dor no mto de controle em 11/01/19 a D. Bola de 45 cm. 592.2.		





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **100.108.884-03**

Nome: **MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO**

Data de Nascimento: **18/10/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/03/2009**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:54:21** do dia **14/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A994.36B0.5B49.A030**



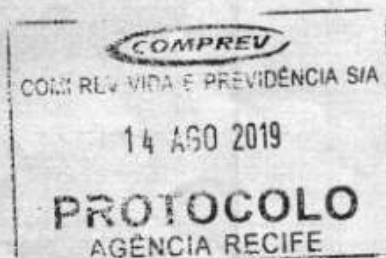
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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





Contato Polícia: (87) 9.9988-5158
(87) 9.9243-8886



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		NACIONAL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA E SAÚDE INSTRUMENTO DE 24.12.1965, DO FORO DA CARLA, E PESSOAS EM SEU DOMICÍLIO QUANTO AO SEGURO DPVAT										
ENTRADA DE Nº 014489009772 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO 1 Nº 292788427 DATA DE EMISSÃO 2019 JOSE EZEQUIEL DE MELO FOCAL - PE 012.899.519-25 014489009772 014489009772 014489009772		PE Nº 014489009772 SELHETE DE SEGURO DPVAT JOSE EZEQUIEL DE MELO ESTE É O SEU SELHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguredorpublica.com.br SÃO DPVAT 0000 028 1204										
FORNO - PE 2019 28/04/19 1 012.899.519-25 014489009772 000788427 HONDA/CG 125 FAN R3 2000 08 01213411292224042		PREMIO TARIFARIO <table border="1"> <tr> <td>20.00</td> <td>4.01</td> <td>80.00</td> </tr> <tr> <td>4.01</td> <td>7.02</td> <td>84.00</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>13/01/19</td> </tr> </table>		20.00	4.01	80.00	4.01	7.02	84.00			13/01/19
20.00	4.01	80.00										
4.01	7.02	84.00										
		13/01/19										
SEGUROADORA LIDER - DPVAT 014489009772		SEGUROADORA LIDER - DPVAT 014489009772										



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480465 **Cidade:** Pesqueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSO ASTRÁGALO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.

Resultados terapêuticos: BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM DEMAIS A RELATAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/08/2019

Conduta mantida:

Observações: REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480465 **Cidade:** Pesqueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÓSSO ASTRÁGALO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.

Resultados terapêuticos: BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM DEMAIS A RELATAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/08/2019

Conduta mantida:

Observações: REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480465 **Cidade:** Pesqueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO.(PAG.03)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PAG.03

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480465 **Cidade:** Pesqueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279691/19

Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

CPF: 100.108.884-03

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO : 100.108.884-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO
CPF: 100.108.884-03

MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA





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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480465

Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA EDIJANE DUARTE 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

Pag. 01601/01602 - carta_02 - INVALIDEZ

00020801



Carta nº 14738677





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, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480465

Vítima: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA EDIJANE DUARTE 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: MARIA EDIJANE DUARTE DE MELO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000775

Conta: 0000026626-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00477/00478 - carta_15R - INVALIDEZ

00320239





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF de vítima:

100.108.884-03

4 - Nome completo da vítima:

MARIA EDJANE DUARTE DE MELO

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

5 - Nome completo:

MARIA EDJANE DUARTE DE MELO

7 - Profissão:

PROMOTORA DE VENDA

8 - Endereço:

RUA R. JOÃO 23

6 - CPF:

100.108.884-03

11 - Bairro:

CASA VILA ANAPOLIS

12 - Cidade:

PESQUEIRA

9 - Número:

231

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55200-00

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abertos. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0775

CONTA: 26626

0

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.

22 - 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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo atestado, solicito o prosseguimento da análise de 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Data de Parto com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: ☐ Fallecidos: ☐

30 - Vítima deixou netos/netas?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos: ☐ Fallecidos: ☐

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Declaro, em nome de quem 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PESQUEIRA-PE, 12-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV
OMITIDA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
FPS.001 1002/2019

PROTOCOLO
CIA RECIFE



**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: 3190480465
Nome do(a) Examinado(a): Maria Edijane Duarte de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua R Joao, 231 Casa
Vila Anapolis Pesqueira PE CEP: 55200-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8553124
Data local do acidente: [12/01/2019]
Data local do exame: [29/08/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

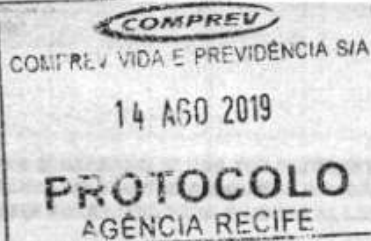
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE OSSO ASTRÁGALO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO CONSERVADOR COM COLOCAÇÃO DE GESSO POR 60 DIAS.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 03/07/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME EXAME FÍSICO NÃO CONSEGUE APOIAR FIRME O PÉ DIREITO NO CHÃO, APRESENTA RIGIDEZ DE TORNOZELO AOS MOVIMENTOS SOLICITADOS. 40% PARA FLEXÃO DORSAL, 45% PARA FLEXÃO PLANTAR E 40% PARA ROTAÇÃO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.
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 o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequelas permanentes"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% 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 à valoração do dano corporal.
Realizou 40 sessões de fisioterapia.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



15/05/2019

Solém da Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 105ª CIRCUNSCRIÇÃO - PESQUEIRA - DP105ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0195000831

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/05/2019 às 15:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia 12/1/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE PESQUEIRA, 01, DEPOIS DE BAIXA GRANDE - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
JOSE EDENILDO DE MELO (OUTRO)
MARIA EDJANE DUARTE DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA EDJANE DUARTE DE MELO

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

MARIA EDJANE DUARTE DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: OLIVIA FESTOSA DUARTE DE MELO
Pai: EDMILSON SEVERINO DE MELO Data de Nascimento: 18/10/1958 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8553134/SSRPE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: PROMOTOR
Telefones Celulares: 87991378134

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PESQUEIRA, 154, RUA TANCREDO NEVES, VILA AMAPOLIS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

JOSE EDENILDO DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE EDENILDO DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(a) MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: K108264 (PERNAMBUCO/POCAO) Chassi: 9C3JC41109R024542
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA

File:///C:/Users/BD6/interpolnet/BOEPreview.html



Complemento / Observação

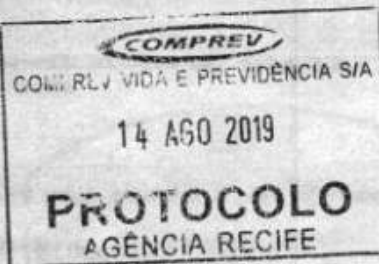
ESTEVE NESTA DELEGACIA DE POLICIA A SERNHORA MARIA EDJANE DUARTE QUEIXANDO-SE POR TER SOFRIDO U ACIDENTE DE TRÂNSITO. DECLARA QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA NO SENTIDO PESQUEIRA PIPOCÃO QUE DERRAPOU NA PISTA VINDO A CAIR E QUEBRAR O PÊ. DECLARA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOC DECLARA NÃO SER HABILITADA.

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

Maria Edjane Duarte de Melo
MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE WILSON SANTANA DE MENDONÇA - Matrícula: 350881-1

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PESQUEIRA



<file:///C:/Users/SDS/ntopd/xst/DOEPview.html>



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF de vítima:

100.108.884-03

4 - Nome completo da vítima:

MARIA EDJANE DUARTE DE MELO

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

5 - Nome completo:

MARIA EDJANE DUARTE DE MELO

7 - Profissão:

PROMOTORA DE VENDA

8 - Endereço:

RUA R. JOÃO 23

6 - CPF:

100.108.884-03

11 - Bairro:

CASA VILA ANAPOLIS

12 - Cidade:

PESQUEIRA

9 - Número:

231

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55200-00

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR/CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abertos. Anote uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0775

CONTA:

26626

0

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.

22 - 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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo atestado, solicito o prosseguimento da análise de 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Data de Parto com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos/netas?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Declaro, em nome de quem 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PESQUEIRA-PE, 12-08-2019

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

48 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV
OMITIDA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 1002/2019

PROTOCOLO
CIA RECIFE



HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA
F PESSOA DE QUEIROZ, prado, Pesqueira - PE
CEP: 55200-000, Fone: (87) 3835-8725

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número do registro:	Data e hora do Atendimento:	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
49145	12/01/2019 16:08		URGÊNCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: MARIA EDJANE DUARTE DE MELO
CNS: Nascimento: 18/10/1959 Idade: 29 Sexo: Feminino Cor: Sem Informação
Estado Civil: Profissão: Naturalidade: PESQUEIRA Nacionalidade: Brasileiro
Filiação Mãe: OLIVIA FEITOZA DUARTE DE MELO
Documento: Ignorado Pat:

Endereço: R. TRANCREDO NEVES 164 Complemento:
Bairro: Cidade: PESQUEIRA UF: PE Telefone:
Acompanhante: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Ocorrência:
Procedência: VILA ANÁPOLIS
Atendimento Classificação de Risco:

Data 12/01/2019 Hora do Atendimento: 16:08

Enfermeiro:

Coren:

Queixa Principal:

IDA:

Queda de moto referida em HSA
12/01/2019

COMPREV
COM: REV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
14 AGO 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local do Impacto:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame físico:

A: Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: °C

B: Respiratório

FC: x SPO2

C: Circulatório

PA: 100 x 80 mmHg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MBD ☒ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

E: Abdômen:

ito Médico:

16:08

ra: 12/01/2019

Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

① Suturem o l. am e IM Fer 10,05
② Ductum o l. am e IM Fer 10,05
③ Inalulquim Fer 10,05 Taka Cerrada sinopellic

Dr. Esio Pass da Silva Júnior

Médico

Assinatura Médico + Carim

Queixa Principal:

Reginaldo Gomes
Téc. Imobilização Ortop

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhor

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorar

Internado na Clínica:

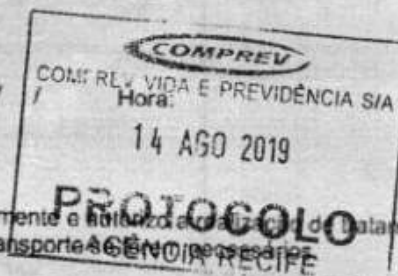
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data:



Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de exames clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte do paciente para o transporte necessário.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

