



Número: **0007254-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59158773	12/03/2020 13:57	2702383_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00072548920208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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 **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**, 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 **14/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/07/2018**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Cumprе 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.

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada 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.

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)



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

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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 irretroatável 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, recorrendo 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.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

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



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

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 autora.

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.

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, 5 de março 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 a 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 sequela 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



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/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**, em curso perante a **9ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00072548920208172001.

Rio de Janeiro, 5 de março 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: **0007254-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59158774	12/03/2020 13:57	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:	08/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

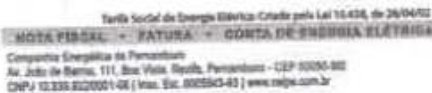
BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000045544-8

Nr. da Autenticação 1769D6E3CCE3316E





ENDERSON DA UNIDADE CONSUMIDORA
DA ADRIANA LEAL FERREIRA, 207

CPF 308.121.004/53

CENTRO CARUARU
CARUARU PE
5500-150

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Módulo II

Nº DA NOTA FISCAL 07285742	SERIE (NCA)	EMISSÃO 25/07/2019
EMPRESA(S) ADQ (ALU) MEIR	Nº DO SLICANTE 2002246317	Nº DA NOTIFICAÇÃO 003749

CONTA CONTRATO	0154960015	DATA EMISSÃO	07/2018
DATA DO VENCIMENTO	12/07/2018	DATA PAGAMENTO PROPOSTA	08/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)			107,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Conta de Abate (R\$)	139,0000000	0,74722003	00,00
Atrescota Bandeira VERMELHA			0,00
Contribuição Remuneração Páris			4,40
ICMS Subvenção CDE NF 01522204 - 0705/18			0,00
Multa por atraso NF 01522204 - 0705/18			1,83
Juros por atraso NF 01522204 - 0705/18			0,00
Abatimento ICMS NF 01522204 - 0705/18			1,14

TOTAL DA FATURA

407-29

DEMONSTRATING DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO REGISTRO	Tipo de Produto	ANTERIOR Nº DO REGISTRO	LACTE Nº DO REGISTRO	DIA DO REGISTRO	ATUAL LACTE Nº DO REGISTRO	Nº DE SANGUE	CONDIÇÃO	AQUETE	CONSUMO (g/l)
							()		100%

Conservação de energia

Redução de consumo em kWh

Setor	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030							
Setor de comércio	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Indústria	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Residencial	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de serviços	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de saúde	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de educação	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de transporte	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de recreação	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de segurança	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de justiça	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de cultura	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100

Setor de comércio

Sub-setor	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030							
Indústria	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Residencial	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de serviços	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de saúde	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de educação	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de transporte	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de recreação	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de segurança	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de justiça	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de cultura	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100

Setor de comércio

Sub-setor	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030							
Indústria	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Residencial	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de serviços	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de saúde	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de educação	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de transporte	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de recreação	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de segurança	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de justiça	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100
Setor de cultura	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0	-5	-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70	-75	-80	-85	-90	-95	-100

Setor de comércio

Sub-setor	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Indústria	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35																				

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Variable	Diámetro	Profundidad	Variable	Diámetro	Profundidad
----------	----------	-------------	----------	----------	-------------

En caso de no cumplimiento de estos, el consentimiento de compra podrá ser anulado, así como podrá ser rescindido su inscripción en el registro de la Oficina de la DTC a 225 x 35, sin perjuicio de la reposición. Toda compraventa de cualquier cosa de índole anterior a esta, como es el caso de las compras de terrenos, no podrá ser inscrita en el registro de la DTC a 225 x 35, sin perjuicio de la reposición.

DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULA DAS NOTAS DE CUSTO				
CATEGORIA	VALORES ACUMULADOS	CUSTO MATERIAL	CUSTO MÃO DE OBRA	CUSTO MATERIAL, 7,7%
BRQ	0,100	0,17	0,28	0,15
PC	0,220	0,34	0,56	0,30

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados fornecidos pelo cliente.

La collezione **ESSENCE** è composta da 20000 e 40000 pezzi, in base al modello, con stoffe in cotone e in lana. Le collezioni **ESSENCE** sono disponibili in 10 colori e 10 stoffe. Le collezioni **ESSENCE** sono disponibili in 10 colori e 10 stoffe.

WILSON AND **TROTT**

ID	LIMITS DO UNIFORMIDADE DO	
	inferior	superior

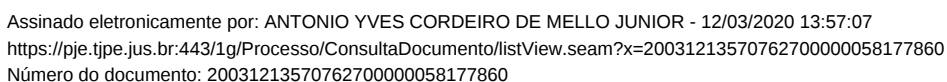
09.802.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

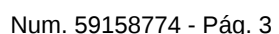
18 DEZ 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

05/04/2018 07/2018 12/07/2018

83870000001-0 07380011000-0 15496001510-3 12089524253-3







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Martins da Silva Leiman inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.427.846.77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Allyson Martins da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.734.774.16, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Jose Allyson Martins da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.734.774.16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço: <u>Rua Adelia Beal Ferreira</u>		Número: <u>267</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55030-150</u>
Email: _____	Telefone comercial(DDD): _____		Telefone celular(DDD): <u>(81) 9.9668-4814</u>

Caruaru, 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

Adriana Martins da Silva Leiman
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DLRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, ROSANGELA GOMES FERNANDES

RG: 6892713, data de expedição 15/05/2001

Órgão SDS-PC, portador do CPF 061.277.234-93, com

domicílio na cidade de CARUARU, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

R. Deygare, nº 198

complemento 1ª andar, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima: Jose Aleyson Martins da Silva

cujo o conduto era Jose Allyson Martins da Silva

Veículo: Pass / motocicleta

Modelo: HONDA / CG 150 TITAN mix ES

Ano: 2009-2010

Placa: KJS 9915

Chassi: 9C2KE1020AR013258

Data do Acidente: 44/07/2018

Local e data do cartório: CARIARI-PG. 06/12/2018.

x Rosângela Gomes Fernandes

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade !



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

RECIBIDO, por autenticidade e(s) firma(s) des ROSEANGELA GOMES FER
NANDES pelo:0077073.9.VI2201801.00977 -
do fe. CARUCCI, 06/12/2018 15:56:02

Em testemunho da verdade

Joana G. e Silva

Exclusions \$63.95 TNR \$10.80 Total a Final \$14.75 In. 11/11/10

5

Copyright 2011 by the author. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior written permission from the author.



ANAMNESE

Paciente: **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**
Data Nascimento: 27/01/1995 Idade: 23 Anos, 5 Meses e 17 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01134656
Prontuário: 00247677
Senha N.º: 0109

Data e Hora: 14/07/2018 18:12h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE RELATA DOR NO MSE APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEG DM+HAS

DOC> CNH

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 109 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 79 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

OPD / HDA:

TRAUMA EM DECORRENTE DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE

Exame Físico:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO

EUPNEICO, GLASGOW 15

TEM DOR E EDEMA A PALPAÇÃO DO LOCAL REFERIDO

EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

DEAMBULANTE

Exames complementares:

RX FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RADIO)

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

H/O:

TRAUMA

10 DEZ 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Conduta:

ORIENTAÇÕES, MEDICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA,

Evolução:


Ass. do Médico
Dr(a): **DIEGO ARAUJO DE CASTRO SANTANA**
CRM - 23629

PORT

HRA
HUMAN RESOURCES ASSOCIATION

Prostatino: 226184

Religion:

CNS: 698004-44510719

Nº: 267

Cidade: CARUARU

Fax: 994315594

Nome da Mãe: ROSELY JOSE DOS SANTOS

Acompanhante:

Motivo do Afastamento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico: MEDICO PLATONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Fis/cp:

Diag. Previsão

Prescrição:

Dieta:

Data

Honário

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10665

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEC 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Rua Virgí - CEP: 50.060-010

RECEIVED-75

1 de 2





NOME: Jose Allyson Mantovani da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura de costela de 2do CID-10: S72.1, foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 26/07, 18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Felipe G. G. G.
Cirurgião de Traumatologia
CRM-PE 175.902

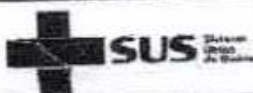
Bezerros, 31, 08, 18.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA	6 - Número do Prontuário 120421			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701102072482110	8 - Data Nascimento 27/01/1995	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe ROSELY JOSE DOS SANTOS	12 - Telefone de Contato 81.94315594			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 () - VASSOURAL				
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos Paciente com queda de moto com fratura de cotovelo associada

21 - Condições que justificam a internação necessidade de conexão cirúrgica
--

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) Ex RX + Rx.
--

23 - Diagnóstico inicial Fr. Cotovelo @	24 - CID 10 Principais S32.1	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas + 04.08.02.036.9
--	---------------------------------	------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado internamento	28 - Código do procedimento + 04.08.02.013.0
---	---

29 - Clínica Ortopedia	30 - Caracter de Internação urgência	31 - Documento () CNS (x) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 08107112
33 - Nome do Profissional Solicitante Rogério Andrade	34 - Data da solicitação 08/07/12	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro no Conselho) CREME- 5179	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810541633-3
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

M. de Alcyon M. de Alcyon

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

226184

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819 810041244191107119

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/01/95

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Rosaely Rosa dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO

941315594

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Prof. Adelin Beal, 267, Petropolis

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Petropolis

17 - COS. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Exame de urina. he 7 dias
 viciado de URTA hsp. com
 prot. derivada de coágulo. Adeno
 talve amarelado

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Q. quadro de

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx 7 ex. der + 12x12

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

prot. coagulada

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - NOME DO PROFISSIONAL DA INTERNAÇÃO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DOCUMENTO

CNS

CNPJ

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CNPJ

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_06 - LEITO-03
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 508516 Data: 23/07/2018 Hora: 22:10
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. DIOGENES GOMES DE ANDRADE XAVIER

Recapo.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matricula: 701102072482110
Identidade:
Cartão SUS: 701102072482110

Paciente: 120421 JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA
Nascimento: 27/01/1995 - 23 Anos e 5 Meses
Endereço: RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267
Bairro: VASSOURAL CEP:
IBGE/Cidade: CARUARU UF: PE
Pai: ARIVALDO MARTINS DA SILVA
Mãe: ROSELY JOSE DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 10473477416
Identidade: 8946055 SDS PE
Telefone: 81.94315594
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORT. 470442

Queixa do Paciente:

proeminente 23mm, com quadro de fr. de fêmur, ddp,
cotovelo esquerdo com para correção cirúrgica.
niga comorbidades

H.D.A.:

VIDE BPO

Exame Físico:

sem alterações.
Redução de mobilidade um MSE.

H.P.:

① fr. est. ②

Tratamento:

① Necessidade de correção cirúrgica
② sintomático

[Assinatura]
Dr. Diogenes Andrade
CRM 21949

Bezerras, 23 de julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico



Vítima: Jose Allyson Martins da Silva

CPF: 104.734.774-16

Sinistro: 3180/594317

Exigência Documentação Médica.

Venho por meio desta carta esclarecer que no dia do meu acidente, 14/07/2018 fui socorrido por populares que me levaram até a UPA 24h por onde passei pelos primeiros procedimentos com a gravidade do meu caso fui transferido para o Hospital Regional do agreste depois fui transferido mais uma vez para o Hospital Jesus Pequerino na cidade de Bezerros. Deixo informar que toda documentação médica desses hospitais já foram enviadas para a Seguradora, não tendo mais nada pra apresentar, peço a Seguradora que libere o meu processo para a perícia pois já estou de alta definitiva.

Fico no aguardo para conclusão do meu processo.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 JAN 2018

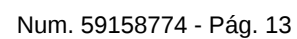
Rua da Aurora, nº 175, SL 302 BL. C
Rosa Vitor - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





DENTRON

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Ribeira Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 DEZ 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011546002108

60984709502
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 203262544 RNTTC *****

ROSEANGELA GOMES FERNANDES
 RUA DESESETE 199
 CASA RENDEIRAS
 CARUARU-PE 55000-000

OPÇÃO 061.277.234-99 PLACA KJ35915

NOME ANTERIOR JOSE FERREIRA DA SILVA FILHO

PLACA ANTIGA ***** CHASSI 9C2KC1620AR012258

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL ALCO/GASO

MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX E3 ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

CAP/POT/CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA

20149074 OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

Carlos Eduardo Poças Amorim
 LOCAL CARUARU-PE DATA 12/10/14

Carlos Eduardo Poças Amorim Casa Nova
 Diretor Presidente DETRAN/PE

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 10 DEZ 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURI 01-R-92		REGISTRO GERAL 6892713 DATA DE EXPEDIÇÃO 15.05.2001	
  <i>Rosângela Gomes Fernandes</i> ASSINATURA DO TITULAR		ROSÂNGELA GOMES FERNANDES FILIAÇÃO Vicente Gomes Fernandes Francisca Maria da Conceição NATURALIDADE Catolé do Rocha-PB 26.11.1981 DATA DE NASCIMENTO C.N.8.396 L.A-9 F.65v, Cart. Brejo do Cruz-PB REG. GERAL Nº 6892713 ASSINATURA DO DIRETOR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29-08-83	


MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal
CPF
 Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de inscrição
061.277.234-93
 Nome
ROSÂNGELA GOMES FERNANDES
 Nascimento
26/11/1981

Cartão de identificação
 Deve ser apresentado junto com um documento de identificação
 **CORREIOS**

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 18 DEZ 2018
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da cabeça do radio esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular severo do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da cabeça do rádio esquerdo (fixação com placa e parafusos).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta em 01/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do cotovelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/02/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo esquerdo.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180594317

Nome do(a) Examinado(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R PROFA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 -
CARUARU/PE - CEP 55030-150

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 8946055 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 14/07/2018 - Caruaru

Data e Local do Exame : 01/02/2019 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da cabeça do rádio esquerdo.

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

Quadro submetido a osteossíntese com placa e parafusos. Realizou fisioterapia
da qual teve alta a 1 mês.

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

Vítima queixa de dor no cotovelo esquerdo. Ao exame: Redução da flexão e da
extensão do cotovelo esquerdo.

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

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

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

Dano funcional do cotovelo esquerdo.

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

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



Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

cotovelo esquerdo

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

Região Corporal

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

Região Corporal

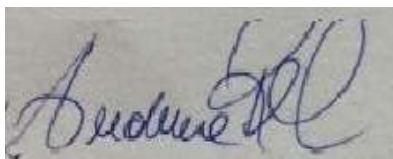
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

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

Dano funcional do cotovelo esquerdo. 75%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da cabeça do radio esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular severo do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da cabeça do rádio esquerdo (fixação com placa e parafusos).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta em 01/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do cotovelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/02/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo esquerdo.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ***SINISTRO PENDENCIADO, NÃO ENVIADO DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA FINALIZAR PROCESSO.

X 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.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180594317 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO PENDENCIADO, NÃO ENVIADO DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA FINALIZAR PROCESSO.

X 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.

DANOS

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



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Jose Allyson Martins da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 8946055, expedido por SDS-PE, em
30,12,2015 inscrito no CPF sob o nº 104.734.774-16, residente na
Rua Adelia Leal Ferreira, nº 267
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Caruaru, Estado PE

2. Outorgado Adriana Martins da Silva Lima
portador(a) do documento de identidade nº 5397799, expedido por SDS-PE, em
06,05,2016 inscrito no CPF sob o nº 010.427.844-77, residente na
Rua Adelia Leal Ferreira, nº 267
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Caruaru, Estado PE

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.



Caruaru 06 de DEZEMBRO de 2018
Outorgante Jose Allyson Martins da Silva



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010





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, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13741843

Pag. 00477/00478 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00245/00246 - carta_03 - INVALIDEZ

00050123



Carta nº 13747168





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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00077/00078 - carta_03 - INVALIDEZ

00040039



Carta nº 13782099





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, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00159/00160 - carta_02 - INVALIDEZ

00050080



Carta nº 13861218





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, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180594317

Vítima: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARTINS DA SILVA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000045544-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 304.734.774-16 Nome completo da vítima: Jose Alysson Martins da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Jose Alysson Martins da Silva CPF: 304.734.774-16
Profissão: Relacionado Endereço: Rua Adelia Lacerda Ferreira Número: 267 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55030-150
E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9668-4844

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

RENDAS 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2778 CONTA: 45544 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 (assinale 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 assinado, 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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.

Local e Data, Caruaru 12/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Alysson Martins da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

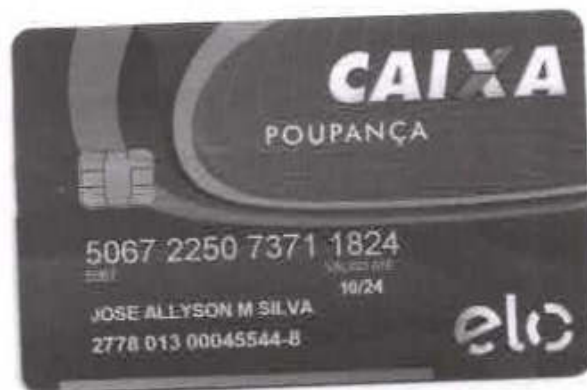
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 05.802.494/0001-41
CPF: _____
2ª Nome: ITAÇÃO CORRETORA
CPF: _____
3ª Nome: DE SEGUROS LTDA
CPF: _____
4ª Nome: 14/06/2018
CPF: _____
5ª Nome: Rua da Aurora, Nº 175, 5º andar, C
CPF: _____
6ª Nome: BOR VISTA - CEP: 50.060-010
CPF: _____
7ª Nome: _____
CPF: _____
8ª Nome: _____
CPF: _____

FPS.001 V001/2018

(*) 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, com maioridade civil e plena capacidade de entendimento, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 DEZ 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





09/10/2018 08:34

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0045005302

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2018 às 09:10

Complementa o BO Número: 18E0045004431

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa (Consumo)
que aconteceu no dia 14/7/2018 às 18:00

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 DEZ 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Fato ocorrido na endereço: **RODOVIA BR - 222, 1 - Bairro: SITIO GIPO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ROSANGELA GOMES FERNANDES (OUTRO)
JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de Sr(a): JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA



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

JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Masculino Mãe: **ROSELY JOSE DOS SANTOS** Pai: **ARIVALDO MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **27/4/1988** Nacionalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residência: **RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ROSANGELA GOMES FERNANDES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **ROSANGELA GOMES FERNANDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

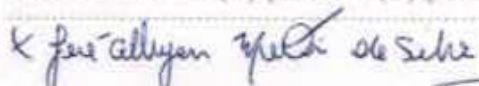
W 4359942 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Cbarr: 802MG1620AR010200
Fabricação/Modelo: 2008/2010



Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ALLYSON PROCUROU A DELEGACIA DE PLANTÃO PARA REGISTRAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NA BR 202 PRTO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, O CONDUTOR DO VEÍCULO, QUANDO UM CARRO O FECHOU E BATEU NA FRENTE DE SUA MOTO. VÍTIMA RELATA AINDA QUE O CONDUTOR DO CARRO NÃO ABRIU PARA FREIAR O ATENDIMENTO, AVARIOU TOTALMENTE A FRENTE DA MOTO E MANTA A VÍTIMA QUE A MESMA ERA QUEM CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA DESCRITO. O VEÍCULO FOI SOCORRIDO POR POPULARES, E CONDUZIDO PARA A UFPAHORES ONDE LOGO APÓS FOI REMOVIDO PARA O HRA-CARUARU, ONDE VEIO A SOFREN FEATURA DO COTOVELO ESQUERDO SENDO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE MEEZENROS. NADA MAIS A RELATAR.

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



B.O. registrado por: DAVID LOPES DE SANTOS JÚNIOR - Matrícula: 281226-6

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0045004431**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/07/2018 às 16:07

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/7/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR - 232, 51 - Bairro: SÍTIO CIPÓ - CARUARU, PERNAMBUCO / BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**

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

JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ROSELY JOSE DOS SANTOS** Pai: **ARNALDO MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: 27/1/1995 Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ADELIA LEAL FERREIRA, 267 - CEP: 55000-900 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJS9615 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KC1620ARD13268**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE ALLYSON PROCUROU A DELEGACIA DE PLANTÃO PARA REGISTRAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NA BR 232 PERTO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, PRÓXIMO A UM ACESSO, QUANDO UM CARRO O FECHOU E BATEU NA FRENTE DE SUA MOTO. VÍTIMA RELATA AINDA QUE O CONDUTOR DO CARRO NÃO PAROU PARA PRESTAR ATENDIMENTO. AVARIOU TOTALMENTE A FRENTE DA MOTO. NADA MAIS A ACRESCENTAR.

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

Jose Allyson Martins da Silva

1 de 2

18/07/2018 15:48

B.O. registrado por: **VINÍCIUS JAME LOBO** - Matrícula: **3871633**





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:
	304.734.774-16	JOSE ALYSSON MARTINS DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOSE ALYSSON MARTINS DA SILVA	304.734.774-16	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recluso - R	Rua Adelia Local Ferreira	267
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Concurru	PE
E-mail:	CEP:	Telefone:
	55030-150	(81) 9668-4844

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: 2778	CONTA: 45544	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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) ☐ Divorçado ☐ 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:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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.

Assinatura do representante legal (se houver)	Local e Data: Concurru 12/12/2018	TESTEMUNHAS
Assinatura do Procurador (se houver)	Nome: _____	1ª Nome: 05.802.494/0001-41
	CPF: _____	TRACÃO CORRETORA
		DE SEGUROS LTDA
		Assinatura: 12/12/2018
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-010
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: 50.060-010
		Boa Vista - CEP 50.060-010
		RECIFE-PE
		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, com qualificação no ato e afixação do selo contendo o conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 VD01/2018



ANAMNESE

Paciente: **JOSE ALLYSON MARTINS DA SILVA**

Data Nascimento: 27/01/1995

Idade: 23 Anos, 5 Meses e 17 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01134656

Prontuário: 00247677

Senha N.º: 0109

Data e Hora: 14/07/2018 18:12h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE RELATA DOR NO MSE APOS ACIDENTE DE MOTO HOJE.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEG DM+HAS

DOC> CNH

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 109 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 79 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

QPD / HDA:

TRAUMA EM DECORRENTE DE QUEDA DE MOTO OCORRIDO HOJE

Exame Físico:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO

EUPNEICO, GLASGOW 15

TEM DOR E EDEMA A PALPAÇÃO DO LOCAL REFERIDO

EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

DEAMBULANTE

Exames complementares:

RX FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RADIO)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

HD:

TRAUMA

18 DEZ 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bom Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

Conduta:

ORIENTAÇÕES, MEDICAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA.

Evolução:


Dr. Diego Araujo de Castro Santana
CRM - 37823
14 JUL 2018
Ass. de Médico
Dr(a): **DIEGO ARAUJO DE CASTRO SANTANA**
CRM - 23629

