



Número: **0000005-08.2020.8.17.3450**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Tamandaré**

Última distribuição : **08/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (AUTOR)		JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63883172	25/06/2020 11:23	2728935_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TAMANDARÉ/PE

PROCESSO: 00000050820208173450

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 **MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS**, 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 **16/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 24/09/2019.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 24/09/2019 após 08 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/01/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

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;



Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.”

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)



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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 **16/01/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 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.

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 HOUE 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.”



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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 pátrios^[9], 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 citação⁶.

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 ação⁷

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art. 1º. (...)

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



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

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,

TAMANDARÉ, 17 de junho 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 **MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TAMANDARÉ**, nos autos do Processo nº 00000050820208173450.

Rio de Janeiro, 17 de junho 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: **0000005-08.2020.8.17.3450**

Classe: **OUTROS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Tamandaré**

Última distribuição : **08/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (AUTOR)		JEIMISON JOSE NERI DE LYRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63883173	25/06/2020 11:23	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669663

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006043-7

Conta: 000009593-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



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: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Mathheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Mathheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01

Profissão: Garcen Endereço: Rua Cabral Número: 91-A Complemento: casa

Bairro: Barro Preto Cidade: Barro Preto Estado: PE CEP: 55578-000

E-mail: adoni.martins@polytechnic.com.br Tel.(DDD): 81 99751-5597

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

REDA 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1

(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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barro Preto, 27 de Novembro de 2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mathheus da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

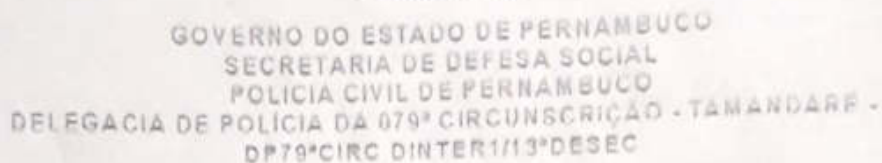
Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0169000718

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/09/2019 às 17:40

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/1/2019 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE TAMANDARÉ, 1. RODOVIA PE 66, TAMANDARÉ/PE - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO /BRASIL - Fonte de Referência: ANTES DA MARINHA
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE 66, TAMANDARÉ/PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
SÉRGIO BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
MATEUS DA SILVA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) DESECONHECIDO.
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS.

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

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe
SONIA MARIA DA SILVA Pai: JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS Data de Nascimento:
5/2/1955 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9108836/908/PE
(RG), 1336872481 (CPF), Estado Civil: SOLTEIRO(A), Telefones: Celulares:
- 81983688738

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TAMANDARÉ, 1, RUA NOVO AFOGADO, S/N,
LOTEAMENTO COHAB I, CENTRO, TAMANDARÉ - CEP: 55690-000 - Bairro: CENTRO -
TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

SERGIO BARBOSA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino / Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SERGIO BARBOSA DA SILVA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS**

Scanned by CamScanner



Boletim de Ocorrência

Unidade Policial: Unidade Intermunicipal - GUARATUBA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** (Veículo apreendido: **Não**)
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **POL5522** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAM 1105594422**

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** (Veículo apreendido: **Não**)
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS, QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE B.O., NO ENDEREÇO DO FATO, QUANDO O VEICULO DESCONHECIDO VEIO REALIZAR UMA CONVERSÃO NO LOCAL NÃO APROPRIADO NA RODOVIA, OCASIONANDO O ACIDENTE NA VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA AO QUAL LEVOU PARA UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ/PE RECEBENDO O NUMERO DE RESGATE DE Nº 273419, E POSTERIORMENTE SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, TENDO COMO ATENDIMENTO DE Nº 478691, DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAIS LEGAIS.

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

x *Matheus da Silva dos Santos*
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

⑧

B.O. registrado por: **GUSTAVO DOS SANTOS LUNA** - Matrícula: **350754-S**

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: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Matheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01

Profissão: Garçom Endereço: Rua Cordeiro Número: 91-A Complemento: Casa

Bairro: Barro Preto Cidade: Barro Preto Estado: PE CEP: 55578-000

E-mail: adoni.mateus@polytechnic.com.br Tel.(DDD): 81 99751-5597

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

REDA 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 CADASTRAIS

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1

(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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barro Preto, 27 de Novembro de 2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201905000000000023706043000000009593168750 PAGO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201905000000000023706043000000009593168750 PAGO





Paróquia de Energia Elétrica Criada pelo Lei 10.436, de 20/04/02
NOTA FISCAL - NATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São João, Recife, Pernambuco - CEP 50050-402
CPF 16.855.832/0001-00 | Site: EEL 000943-07 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSIAS DA COSTA MARINHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO COVAD 81 -A

CPF: 378 890 034-04

TAMANDARÉ/TAMANDARÉ
TAMANDARÉ PE
55578-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

MP DA NOTA FISCAL	MP DE CLIENTE	MP DA REGULAÇÃO
058771804	2001637584	8226382
2504/2019		

CONTA CONTRATADA	DATA DE VENCIMENTO
7006307834	04/2019
08/05/2019	28/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	71.51

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de energia elétrica	81.0000000	0.7733889	62.84
Contrib. Sum. Público Municipal			5.80
ICMS Subvenção COE-AP 053748133-2504/19			0.54
Multa por atraso NF 058118832-2103/19			1.41
Juros por atraso NF 058118832-2103/19			0.44
Atualização GPM-AP 058118832-2103/19			0.58

TOTAL DA FATURA

71.51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MP DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	MP DE DADOS	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
81110708	CAT	27-03-2019	24-04-2019	0.019.00	80	1.0000	81.00

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE CÁLCULO	CONTRIBUIÇÕES DE SERVIÇOS
ABR 19 81	BASE DE CÁLCULO	Correção de Energia
MAR 19 84	ICMS	Tributação
FEV 19 87	PIS	Contribuição de Energia
JAN 19 91	COFINS	Contribuição de Energia
DEZ 19 92		Tributação
NOV 19 95		Total
OUT 19 98		
SET 19 99		
AGO 19 99		
JUL 19 99		
JUN 19 99		
MAY 19 99		
ABR 19 99		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, ler atentamente as informações importantes antes de utilizar o sistema de medição de energia elétrica. O cliente é responsável por manter o sistema de medição de energia elétrica em bom estado de conservação e por fornecer as informações necessárias para a emissão da nota fiscal.

QUANTIDADE E PRESENTAÇÃO DE INTERFERÊNCIAS	NOTAS DE TENSÃO
1.0000	220
0.00	202
0.00	231
0.00	

QUANTIDADE E PRESENTAÇÃO DE INTERFERÊNCIAS	NOTAS DE TENSÃO
1.0000	220
0.00	202
0.00	231
0.00	

CONTA CONTRATADA	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7006307834	04/2019	08/05/2019	71.51

6366666666-5 71510011007-2 00530783410-8 13930773633-6



24

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 COAF**².

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 Guilherme José Neri de Menezes inscrito (a) no CPF 049.520.594, 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Matheus da Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.657.214, 01 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Matheus da Silva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 João Batista de Barcellos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Antes</u>	Cidade <u>Barreiras</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administracao@plymndv.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99751-5587</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9675-1858</u>

Barreiras, 27 de Novembro de 2019

Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

565 163 9632 9442 0001

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Registro Nº 274744
UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ		Data 25/01/19 Hora 15 h 55 Min.
Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência		
Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSÉ MÚCIO MONTEIRO		
Nome do Paciente: <u>Enathias da Silva de Santos</u>		
Data de Nascimento: <u>05.02.1994</u>	Idade: <u>34 anos</u>	Sexo: <u>M</u> Masculino () Feminino
Endereço: <u>Rua do Sol</u>	Nº:	Município: <u>Tamandaré</u>
Profissão: <u>Cozinheiro</u>	Condição: () Segurado () Esposa () Filho () Outro	
Nome do Acompanhante:		
Endereço: <u>Rua do Sol</u>	Nº:	Município: <u>Tamandaré</u>
Ocorrência: Local da Ocorrência:		
Tipo de Ocorrência: () Acidente de Trânsito () Agressão () Outros () Acidente de Trânsito () Suicídio () Acidentes		
Atendimento: h Min.		
Pressão Arterial: Máx: Min:	Pulso:	Temperatura Axilar: Renal:
Queixa Principal - História da Doença Atual: <u>Doença em fase pré-falante</u>		
Exame Físico:		
Hipótese diagnóstica: <u>Insuficiência cardíaca</u>		
Tratamento: <u>Dieta</u>		
Destino do Paciente:		
() Observação Clínica () Liberado para Residência com Medicação Prescrita () Liberado para Residência com Medicação Aplicada		
CID: Nº		
() Transferido para outra Unidade () Internado () Óbito h Min.		
Assinatura do Médico/CRM/Carimbo		
Data: 25/01/19		

Scanned by CamScanner



ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Previdência Social, a ser fornecido, que examinei o(a) paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 6º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e concluí que o(a) examinado(a) portador(a) da patologia(s) relacionada(s) abaixo, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Mathus de Sales dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificações do CID 10

- 1) T92 - M65 - S62.5
- 2) _____
- 3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(X) Sim, Quais?

ao exame físico, apresentando
na região superior do membro
o fratura de rádio distal articular
e tendão colateral medial do

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Rigidez do punho
limitação dos movimentos
na flexão e extensão
e flexão do membro

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim, Porque?

Pela dor pelo movimento do
membro para flexão e
extensão

A incapacidade é irreversível?

(X) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré

09 MAIO 2019

Dr. Paulo Sérgio
Traumato - Ortopedia
CREMEPE 4271



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 478691

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/01/2019 13:25

Paciente: 112885 MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 05/02/1999 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: SONIA MARIA DA SILVA Nome do Pai: JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS CRM: 14861
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO Bairro: CENTRO
Endereço: LOTEAMENTO COHAB 1 PE Usuário Atendimento: GISELEMSS
Cidade/UF: TAMANDARE PE Data de Emissão:
RG (Identidade): Fone: 987525200
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão CRN:
Cartão SUS: 163963294420001

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

① Qtd com dor em art. Acromioclavicular
do ombro/cara esquerda. Com
uma lesão D. ② Punho D.

Exame Físico

① Ecct/ASA/1000 kg

② Nenhum sinal +

③ glóbulos 15

Teste Diagnóstico

Realizar um Rodo Delt. 1
do ombro

Conduta Terapêutica

Imobilizar OX

Prescrição Médica

Atte J. Carneiro / Imobilizar

Dr. Bráulio
CRM: 14861
Data: 16/01/2019

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Previdência Social, e do Poder Judiciário, que examinei o(a) paciente abaixo

Indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatarei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Mathues de Sales dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID 10

- 1) _____
2) T92 - M65 - S52.5
3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(x) Sim, Quais?

do Xaquis apertados, pequenos
na mão esquerda superior, devido
a fratura de base distal articular
e tendente edematosa e dolorosa

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Dificuldade de mobilização
limitação dos movimentos
na mão esquerda, dor
e inchaço da mão

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(x) Sim, Porque?

Pela dor e pela limitação
na mão esquerda e pela
edematosa

A incapacidade é irreversível?

(x) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré 09 MAR 2019

Dr. Paulo Granja
Traumato - Ortopedista
CREMEPE 4237



SECRETARIA DE SAUDE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem:

Paciente:

Registro:

Dados Clínicos:

Exames Complementares / Resultados

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhamento para:

16.01.19
Data

Nome

CRM

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

LOCAL: Na Unidade de Origem
Na Unidade de Referência
Outros Serviços

NOME

CRM

DATA

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/01/2019 13:04



Nome Paciente: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1999
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: 0035
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/01/2019 13:12 - 16/01/2019 13:19

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT PROVENIENTE DE TAMANDARÉ. SENHA: 5599906. COM RELATO DE DOR EM MSD E MID. APOS COLISAO COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 4. (SIC).
NEGA VOMITO E DESMAIO.

Observação:

HAS (+)
NEGA DM
REFERE ALERGIA A DIPIRONA
98 BPM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 100.00 MMHG
- PAS: 173.00 MMHG
- SAT02: 98.00 %

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

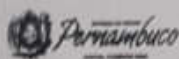
Data Impressão: 16/01/2019 13:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor(a)

Mathous da Silva de Sá

foi atendido (a) neste

serviço no dia: 16/01/19 CID: _____



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

Cabo, 16 de Januari de 2019

Dr. Bruno Poltro
Ortopedia Traumatologia
CRM 16593
Médico





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

MATHEUS G. S. L.

Muisc Tumb

Grupo de feek

do IMIP

Dr. Henrique Rodrigues
Ortopedia Traumatologia

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Nome: *Mathheus da Silva dos Santos*

Idade: 20 anos

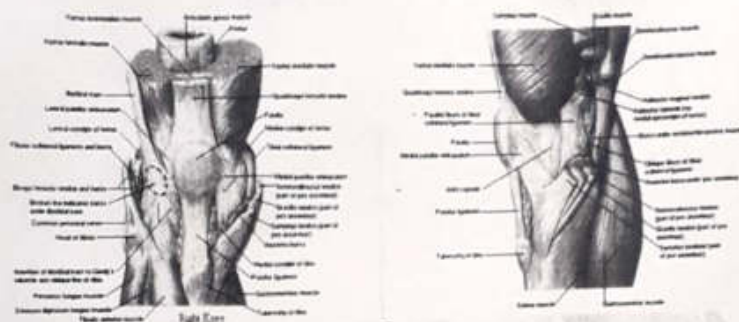
Data de nascimento: 05/02/99

Relatório de ultrassonografia de joelho

Data do exame: 09 de maio de 2019

Número de registro: 10678

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:



JOELHO DIREITO

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:

Pele com ecotextura hiperecogênica habitual, espessura normal.

Nas porções laterais do joelho se observa extrusão de material hiperecogênico, medindo 0,56 x 0,56 cm, compatível com diminuição do espaço inter-articular. As imagens sugerem extrusão de material meniscal.

Tendão do quadríceps femoral íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento patelar íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral medial íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Trato iliotibial íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral lateral íntegro, de forma e ecotextura conservados, com anisotropia habitual.

Tendão do bíceps femoral íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Bursas subtendíneas não visualizadas.

Não foram visualizadas imagens compatíveis com cistos poplíteos.

Foi visualizada moderada quantidade de líquido intra-articular na cápsula do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: estudo ultrassonográfico das estruturas do joelho direito observando líquido intra-articular em moderada quantidade e extrusão do menisco lateral.

Tamandaré- PE, 09 de Maio de 2019.

Clinica Diamantina, Av. Dr. Leopoldo Lins 05- Centro Tamandaré-PE, Tel. 81 3678-1539


Dr. Fábio Saito
CRM-PE 14.517





Scanned by CamScanner



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
873244580

NOME
JEIMISON JOSE NERI DE LIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6312850 SSP PE

CPF
049.520.594-05

DATA NASCIMENTO
10/03/1985

FILIAÇÃO
FLAVIO GOMES DE LYRA
YARACI NERI DE LYRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03199667329

VALIDADE
14/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/02/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
14/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

25661270788
PE059279494

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR
873244580

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013935893042

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1108594422 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME

SERGIO BARBOSA DA SILVA

TAMANDARÉ-PE

CPF / CNPJ

079.937.274-99

PLACA

PDL5532

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JB0100HR235460

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/POP 110I

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2017

CAP / POT / CIL

2P/109CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC / COTAS

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

DOCUMENTO DE FORTALECIMENTO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

TAMANDARÉ

DATA

10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013935893042

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1108594422 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME

SERGIO BARBOSA DA SILVA

TAMANDARÉ-PE

CPF / CNPJ

079.937.274-99

PLACA

PDL5532

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

9C2JB0100HR235460

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/POP 110I

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2017

CAP / POT / CIL

2P/109CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC / COTAS

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

DOCUMENTO DE FORTALECIMENTO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

TAMANDARÉ

DATA

10/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



565 163 9632 9442 0001

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Registro Nº 274744
UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ		Data 25/01/19 Hora 15 h 55 Min.
Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência		
Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSÉ MÚCIO MONTEIRO		
Nome do Paciente: <u>Enathias da Silva de Santos</u>		
Data de Nascimento: <u>05/02/1994</u>	Idade: <u>24 anos</u>	Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Endereço: <u>Rua do Sol</u>	Nº:	Município: <u>Tamandaré</u>
Profissão: <u>Garçom</u>	Condição: ☐ Segurado ☐ Esposa ☐ Filho ☐ Outro	
Nome do Acompanhante:		
Endereço: <u>Rua do Sol</u>	Nº:	Município: <u>Tamandaré</u>
Ocorrência: Local da Ocorrência:		
Tipo de Ocorrência: ☐ Acidente de Trânsito ☐ Agressão ☐ Outros ☐ Acidente de Trânsito ☐ Suicídio ☐ Acidentes		
Atendimento: h Min.		
Pressão Arterial: Máx: Min:	Pulso:	Temperatura Axilar: Renal:
Queixa Principal - História da Doença Atual: <u>Doença em fase pré-falt 2</u>		
Exame Físico:		
Hipótese diagnóstica: <u>1 - fase pré-falt 2</u>		
Tratamento: <u>1 - fase pré-falt 2</u>		
Destino do Paciente:		
☐ Observação Clínica ☐ Liberado para Residência com Medicação Prescrita ☐ Liberado para Residência com Medicação Aplicada		
CID: Nº		
☐ Transferido para outra Unidade ☐ Internado ☐ Óbito h Min.		
Assinatura do Médico/CRM/Carimbo		
Data: 25/01/19		

Scanned by CamScanner



ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Previdência Social, a ser fornecido, mediante que examinei o(a) paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 8º da Resolução CFM nº 1.658/2002, a respeito que o examinado é portador da(s) patologia(s) abaixo indicada(s), com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Mathus de Sales dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificações do CID 10

- 1) T92 - M65 - S62.5
2) _____
3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(X) Sim, Quais?

ao exame físico, apresentando
na região superior do membro
o fratura de rádio distal articular
e tendão radial mediano

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Reflexo dor no pulso
intensa dor durante info-
rmes flexão do membro
e flexão do membro

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(X) Sim, Porque?

Pela dor pelo movimento do
membro para flexão e para
extensão

A incapacidade é irreversível?

(X) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré, 09

MAIO 2019

Dr. Paulo Garcia
Traumato - Ortopedia
CREMEPE 4271



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 478691

Senha da Classificação:

Data e Hora: 16/01/2019 13:25

Paciente: 112885 MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 05/02/1999

Idade: 19 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: SONIA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS

CRM: 14861

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

Bairro: CENTRO

Endereço: LOTEAMENTO COHAB 1

Cidade/UF: TAMANDARE

PE

Usuário Atendimento: GISELEMSS

Data de Emissão:

RG (Identidade):

Fone: 987525200

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

Cartão SUS: 163963294420001

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

① Qtd com dor em art. Acromioclavicular
do ombro/cavidade escapulohumeral
com dor no D. ② Punho D.

Exame Físico

① ECGT / ASST / Tatuagem

② Nenhum sinal +

③ Nenhum 15

Teste Diagnóstico

Realizar em Radios Delt. 1
e 2 centímetros

Conduta Terapêutica

Imobilizar OR

Prescrição Médica

Ata / P. Curativo / Imobilizar

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Dr. Bráulio
CRM: 14861
Data: 16/01/2019

Scanned by CamScanner

ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

Elaboração de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1851/2008

Atesto, para os devidos fins, junto à Perícia Oficial da Previdência Social, e do Poder Judiciário, que examinei o(a) paciente abaixo

Indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/2002, e constatarei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir.

Nome do Paciente: Mathues de Sales dos Santos

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivas classificação do CID 10

- 1) _____
2) T92 - M65 - S52.5
3) _____

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

(x) Sim, Quais? do Xaqui apertado, pequena
na mão superior do dedo
índice de base distal articular
e tendão lateral medial flexor

Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Dor no pulso
limitação dos movimentos
na flexão do punho
e limitação dos movimentos

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

(x) Sim, Porque?

Pela dor no pulso
na mão superior do dedo
índice de base distal articular
e tendão lateral medial flexor

A incapacidade é irreversível?

(x) Sim

() Não. Qual o tempo de recuperação do paciente?

Tamandaré 09 MAR 2019

Dr. Paulo Granja
Traumato - Ortopedista
CREMEPE 4237

SECRETARIA DE SAUDE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem:

Paciente:

Registro:

Dados Clínicos:

Exames Complementares / Resultados

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhamento para:

16.01.19
Data

Nome

CRM

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

LOCAL: Na Unidade de Origem
Na Unidade de Referência
Outros Serviços

NOME

CRM

DATA

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/01/2019 13:04



Nome Paciente: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/02/1999
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: 0035
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/01/2019 13:12 - 16/01/2019 13:19

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT PROVENIENTE DE TAMANDARÉ. SENHA: 5599906. COM RELATO DE DOR EM MSD E MID. APOS COLISAO COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 4. (SIC).
NEGA VOMITO E DESMAIO.

Observação:

HAS (+)
NEGA DM
REFERE ALERGIA A DAPIRONA
98 BPM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 4
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- PAD: 100.00 MMHG
- PAS: 173.00 MMHG
- SAT02: 98.00 %

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

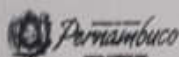
Data Impressão: 16/01/2019 13:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor(a)

Mathous da Silva de Sá

foi atendido (a) neste

serviço no dia: 16/01/19 CID: _____



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

Cabo, 16 de Januário de 2019

Dr. Bruno Poltro
Ortopedia Traumatologia
CRM 16593
Médico





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

MATHEUS G. S. L.

Musculatura

Grupo de flexão

do MMII

Dr. Renato Rodrigues
Ortopedia Traumatologia

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Nome: *Mathheus da Silva dos Santos*

Idade: 20 anos

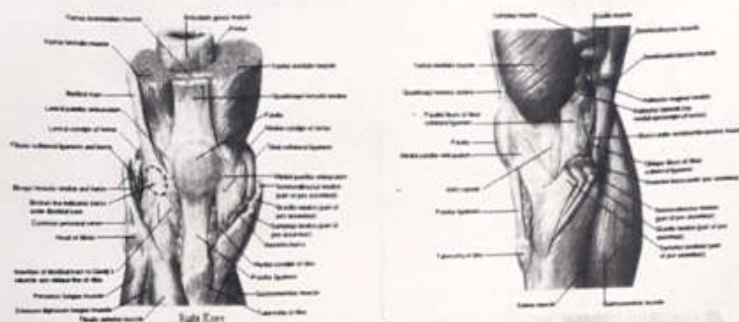
Data de nascimento: 05/02/99

Relatório de ultrassonografia de joelho

Data do exame: 09 de maio de 2019

Número de registro: 10678

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:



JOELHO DIREITO

Exame realizado de modo bidimensional, com aparelho dinâmico M-Turbo®, transdutor linear de 5 a 10 MHz. O estudo ecográfico revelou:

Pele com ecotextura hiperecogênica habitual, espessura normal.

Nas porções laterais do joelho se observa extrusão de material hiperecogênico, medindo 0,56 x 0,56 cm, compatível com diminuição do espaço inter-articular. As imagens sugerem extrusão de material meniscal.

Tendão do quadríceps femoral íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento patelar íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral medial íntegro, de forma e ecotextura conservadas, com anisotropia habitual.

Trato iliotibial íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Ligamento colateral lateral íntegro, de forma e ecotextura conservados, com anisotropia habitual.

Tendão do bíceps femoral íntegro, de forma e tamanho conservados, com anisotropia habitual.

Bursas subtendíneas não visualizadas.

Não foram visualizadas imagens compatíveis com cistos poplíteos.

Foi visualizada moderada quantidade de líquido intra-articular na cápsula do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: estudo ultrassonográfico das estruturas do joelho direito observando líquido intra-articular em moderada quantidade e extrusão do menisco lateral.

Tamandaré- PE, 09 de Maio de 2019.

Clinica Diamantina, Av. Dr. Leopoldo Lins 05- Centro Tamandaré-PE, Tel. 81 3678-1539


Dr. Fábio Saito
CRM-PE 14.517



24

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/biblioteca/web/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 COAF**².

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 Guilherme José Neri de Azevedo inscrito (a) no CPF 049.520.594, 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Matheus da Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 133.657.214, 01 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Matheus da Silva dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 João Batista de Barcellos</u>		Número <u>111</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Antes</u>	Cidade <u>Barreiras</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55560-000</u>
Email <u>administracao@plymndv.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99751-5587</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9675-1858</u>

Barreiras, 27 de Novembro de 2019

Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



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: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Matheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01

Profissão: Garçom Endereço: Rua Cordeiro Número: 91-A Complemento: Casa

Bairro: Barro Preto Cidade: Barro Preto Estado: PE CEP: 55578-000

E-mail: adoni.mateus@polytechnic.com.br Tel.(DDD): 81 99751-5597

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

REDA 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 CADASTRAIS 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1

(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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vitima 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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barro Preto, 27 de Novembro de 2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

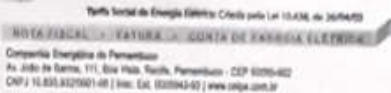
2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018

Scanned by CamScanner



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: 133.657.214-01 Nome completo da vítima: Matheus da Silva dos Santos

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

Nome completo: Matheus da Silva dos Santos CPF: 133.657.214-01

Profissão: Garçom Endereço: Rua Cabral Número: 91-A Complemento: casa

Bairro: Barro Preto Cidade: Barro Preto Estado: PE CEP: 55578-000

E-mail: adoni.mateus@polytechnic.com.br Tel.(DDD): 81 99751-5597

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 CADASTRAIS

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 6043 7 CONTA: 0009593 1

(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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Barro Preto, 27 de Novembro de 2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

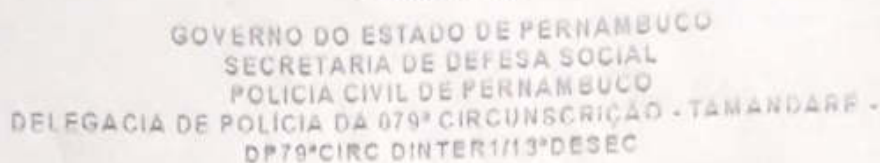
Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/09/2019 às 17:40

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 1. RODOVIA PE 60, TAMANDARÉ/PE - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO /BRASIL - Fonte de Referência: ANTES DA MARINHA Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE 60, TAMANDARÉ/PE

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
SÉRGIO BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
MATEUS DA SILVA DOS SANTOS (VÍTIMA)

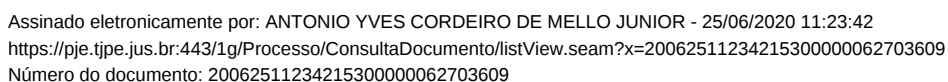
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) DESCONHECIDO.
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS.

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe
SONIA MARIA DA SILVA Pai: JOSE MARCOLINO SILVA DOS SANTOS Data de Nascimento:
5/2/1955 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9108836/908/PE
(RG), 1336872461 (CPF), Estado Civil: SOLTEIRO(A), Telefones: Celulares:
- 81983688738

SERGIO BARBOSA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino / Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

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

Scanned by CamScanner



Boletim de Ocorrência

Unidade Policial: Unidade Intermunicipal - GUARATUBA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** (Veículo apreendido: **Não**)
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDSS22** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **RENAVAM 1108594422**

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** (Veículo apreendido: **Não**)
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS, QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE B.O., NO ENDEREÇO DO FATO, QUANDO O VEICULO DESCONHECIDO VEIO REALIZAR UMA CONVERSÃO NO LOCAL NÃO APROPRIADO NA RODOVIA, OCASIONANDO O ACIDENTE NA VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA AO QUAL LEVOU PARA UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ/PE RECEBENDO O NUMERO DE RESGATE DE N° 273419, E POSTERIORMENTE SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, TENDO COMO ATENDIMENTO DE N° 478691, DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAIS LEGAIS.

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

x *Matheus da Silva dos Santos*
MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

⑧

B.O. registrado por: **GUSTAVO DOS SANTOS LUNA** - Matrícula: **350754-S**

Scanned by CamScanner





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669663

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006043-7

Conta: 000009593-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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,





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669663

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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 15190075

Pag. 00029/00030 - carta_01 - INVALIDEZ



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201905000000000023706043000000009593168750 PAGO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06043-7

CONTA: 000000009593-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1212201905000000000023706043000000009593168750 PAGO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão GAUCON

Residente e domiciliado à Rua LOT COHAB

Nº 91A, Bairro CENTRO Município de TAMANDARÉ

Estado de PE CEP 55560-000 Portador (a) do

RG Nº 9106896 SSP/SDS/PE e CPF Nº 133.657.214-01

OUTORGADO: André Artury de Lima Vasconcelos Silva, solteiro, autônomo, residente domiciliado RUA DA UNIÃO, 543 APTO 1004 – BOA VISTA – RECIFE - PE, estado de Pernambuco, CEP 50050-015, portador do RG Nº 8077403 SDS/PE e CPF Nº 069.045.774-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

ocorrido em 16/07/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

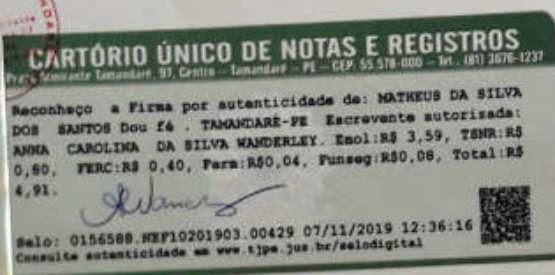
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiras, 07, Novembro de 20 19.

Matheus da Silva dos Santos

OUTORGANTE

CPF Nº 133.657.214-01



Scanned by CamScanner

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426847/19

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF: 133.657.214-01

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS : 133.657.214-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669663 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E DO JOELHO DIREITOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
873244580

NOME
JEIMISON JOSE NERI DE LIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6312850 SSP PE

CPF
049.520.594-05

DATA NASCIMENTO
10/03/1985

FILIAÇÃO
FLAVIO GOMES DE LYRA
YARACI NERI DE LYRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03199667329

VALIDADE
14/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/02/2004

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
14/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

25661270788
PE059279494

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR
873244580

Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão GAUCON

Residente e domiciliado à Rua LOT COHAB

Nº 91A, Bairro CENTRO Município de TAMANDARÉ

Estado de PE CEP 55560-000 Portador (a) do

RG Nº 9106896 SSP/SDS/PE e CPF Nº 133.657.214-01

OUTORGADO: André Artury de Lima Vasconcelos Silva, solteiro, autônomo, residente domiciliado RUA DA UNIÃO, 543 APTO 1004 – BOA VISTA – RECIFE - PE, estado de Pernambuco, CEP 50050-015, portador do RG Nº 8077403 SDS/PE e CPF Nº 069.045.774-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente o (a) Sr(a) MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

ocorrido em 16/07/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

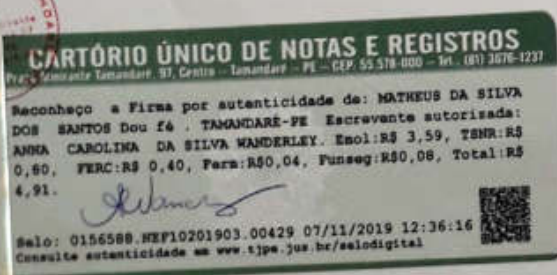
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento /credito de indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papais e documentos que farem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barreiras, 07, Novembro de 20 19.

Matheus da Silva dos Santos

OUTORGANTE

CPF Nº 133.657.214-01



Scanned by CamScanner

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426847/19

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

CPF: 133.657.214-01

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA : 049.520.594-05

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS : 133.657.214-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA
CPF: 049.520.594-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: SABRINA MAIRA HONORATO
CPF: 100.073.989-99

JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

SABRINA MAIRA HONORATO





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669663

Vítima: MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA DOS SANTOS

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 15190075

Pag. 00029/00030 - carta_01 - INVALIDEZ

