

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200056522**

Nome do(a) Examinado(a): **DAVI SOARES BARBOSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ZAZA, 148 - S SEBASTIAO - Limoeiro - PE - CEP 55700-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8349737**

Data e local do acidente: [**31/10/2019**] **Limoeiro, PE**

Data e local do exame: [**14/02/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta do hálux direito

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

Ao exame, vítima apresenta limitação dos movimentos da flexão (30º) do hálux direito, déficit de força local de grau médio.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de fio de kirschner, fisioterapia. Alta há cerca de 2 meses.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do 1º pododáctilo direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

1º **pododáctilo direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200056522

Cidade: Limoeiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVI SOARES BARBOSA

Data do acidente: 31/10/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do hálux direito

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação dos movimentos da flexão (30º) do hálux direito, deficit de força local de grau médio.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de fio de kirschner, fisioterapia. Alta há cerca de 2 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA

mate



BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 027159 CLASSIFICAÇÃO VERDE Nº OCORRÊNCIA: 00208306
Nome: DAVI SOARES BARBOSA Idade: 29 Anos 2 Meses 25 Dias CNS: 898002975442051 Est.Civil: CASADO
End.: LUIZ CORREIA DE OLIVEIRA Nº: 216 Nascimento: 06/08/1990 CEP: 55700000 Bairro: ALTO S SEBASTIÃO
Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES DE OLIVEIRA Doc nº: 8349637 sds pe Nacio.: BRASILEIRA Cor/Raça: BRANCA
Pai: JOSE FRANCISCO BARBOSA Acom.: O MESMO Sexo: MASCULINO
Prof.: SERVENTE DE PEDREIRO Telefone: 81 96001931 Municip: LIMOEIRO

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
AO ORTOPEDISTA (DOR MID+ COLISÃO)

Procedência: Via pública

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor:

Pré-consulta:

Intolerância/Alerg.: NEGA

Parâmetros: PA: 14/10 FC: 84 R: T: HGT: 101 SpO2: 96 GLASGOW: Peso:

Estado do Paciente:

Sintomas: Ritmo sinusal

Dor torácica:

Duração da dor:

Localização:

Dor presente:

Irradiação:

Edemas:

Observações:

Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
	13/10/2017	11:57	00021101	PACIENTE REFERE DOR LOMBAR
	23/09/2017	08:31	00017608	PACIENTE REFERE DOR EM REGIAO LOMBAR A 2 DIAS, FEZ USO DE DORFLEX.

Queixas / Diagnóstico

QUEDA DE ALTO APÓS COLISÃO. NEGA VOMITOS E DESMAIO. G-159 REFERE DOR E SANG. ORTODONTICO EM PE. DIREITO

Tratamento

CIMPEZA + CURATIM. AVALIAÇÃO DO ORTODONTISTA CETOPROFENO 100 mg 1x/dia 50ml 14:25

Exames complementares

RA DE PÉDIBOIA = FRATURA DE VALVA

Impressão diagnóstica RA TUBA A EXPOSTA DE NALVA D.

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado:

Óbito às: h m do dia: / /

- ☐ Curativo
☐ Nebulização
☐ Adm. de medicamento
☐ Retirada de ponto

Técnico / Coren

[Assinatura]

Justificativa:

Removido:

Data saída: / / Hora saída: -:

Atendimento Médico

- ☐ Urgência
☐ Obs. até 24 hs

Médico / CRM

Cód procedimento

Técnico / Conselho

Horário

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO

RUA VIGARIO JOAQUIM PINTO, Nº 101, CENTRO, LIMOEIRO-PE. CEP: 55700-000. FONE: (81) 3429-0702 - FAX: (81) 3429-0899

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fe. Emol. R\$ 3,00. TERN R\$ 0,48. FISC R\$ 0,34. FERN R\$ 0,53 FUNDO R\$ R\$ 0,07. ISS R\$ 0,07. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital. Limoeiro-PE 11/11/2019 16:51:49. Cod Op. 16. Em test. [Assinatura] da Verdade, EU MARIA DAS GRAÇAS DA PAZ FESSORA DE GRAÇA - ROZALIA

Selo: 0073726-9009101901-02228



DATA: 31/10/2019 13:20:19 RECEPTIONISTA: MARIA DO CARMO SILVA

31/10/2019

às 15:00h.

Tuama MID

Sanguamento Afivo.

Não t o / Externa do hálax.

Vacina de tétano há "vários meses"

Condição ① SAT e VAX / Im. / 15:20

② Agulhina 2.0 gr / ADI /

③ Soluto Tranfermer 15 35

160 mg al / Encha / 5805656.
160 mg al / q / tubo 10 gao

Sat: 2: 1855 02A

Fab: 10 / 20 18

Val: 10 / 20 21

Val: L: 221501218A

Fab:

Val: Abril 1.2021

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
02/01/2020

SERVIÇO NOTARIAL GRACAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO Nota: Maria das Graças da Paz Pessoa de Moura
Tubos 10ml

Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fe. Emol. R\$ 3.00 TERN R\$ 0.68. RESC R\$ 0.34. FERN R\$ 0.03 FURSES R\$ R\$ 0.07. ISS R\$ 0.07

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Limoeiro-PE, 11/11/2019 16:51:49. Cod Op. 14. Em test. da verdade, EU, MARIA DAS GRACAS DA PAZ

PESSOA DE MOURA - Notária

Selo: 0073726.VUT09201901.02229





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: <u>Har° Soares Barlow</u>			02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:		
CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1135878</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: F: ☐ M: ☒	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura Exposta Humer (A)</u>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>cirurg</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>31, 10, 19</u>		DATA DA ALTA: <u>2, 11, 19</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO				
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐			
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐			
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐			
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Fratura Exposta Humer (A)</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fr</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA			ÓBTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO: _____		
☐ OUTROS: _____					
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
DATA: <u>2, 11, 19</u>		<u>Dr. Carlos Rihan</u> Ortopedia-traumatologia CRM 15.463			
		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM			

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
09/10/20



NOME COMPLETO :

Dan Feres

IDADE

SEXO : F ☐ M ☒

R/

USO INTERNO

1) CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6/6H POR 07 DIAS

2) DIPIRONA 500MG ----- 20 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6/6H POR 05 DIAS EM CASO DE DOR

21/11/14
Dr. Carlos Rihaan
Ortopedia-traumatologia
CRM 15.483KOTE SEGUROS
Erica Araujo
08/02/2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

David Soares Barbosa

IDADE:

SEXO:

F

☐

M

☐

LAUDO MÉDICO

Paciente admitido neste serviço, referindo acidente de motocicleta em 31/10/2019, evoluindo com patologia de CID: S92.4

Submetido a tratamento cirúrgico nesta data, comparece a consulta de amparo com auxílio de muletas.

Requer em acompanhamento ambulatorial por mais cerca de 3 semanas. Evoluindo sem intercorrências.

Deixo a cargo de médicos peritos avaliar questões trabalhistas.

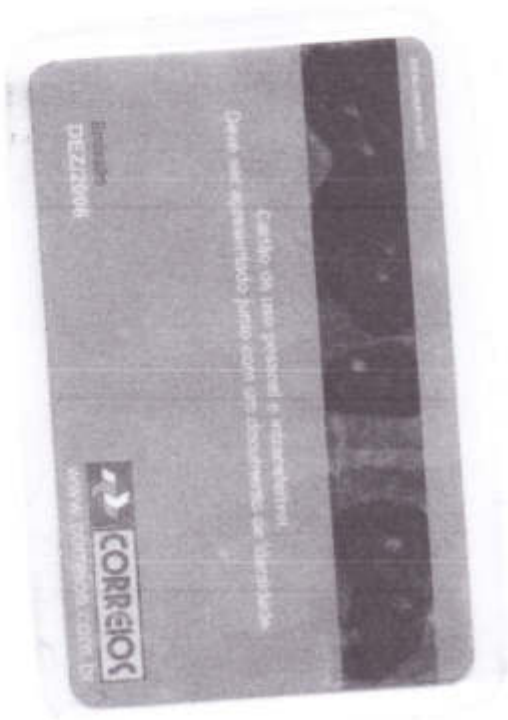
31/11/2019

Dra. Mariana Mendes
Médica
CRM-PE 27967

Avenida General San Martín s/n - Cordão
Recife-PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81 31645500

HGV.1002.V 1 2013.

KOTE SEGURO
Erica Araujo
03/02/2020



KOTE SEGURANÇA

Erica Araujo

04/02/2008

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE NAELSON CORREIA DA SILVA CPF: 809.417.538-91	DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/01/2020	CONTA CONTRATO 007002543715
	TOTAL A PAGAR (R\$) 70,34	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/01/2020	Nº DO CLIENTE 2000025659
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ZAZA 148	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0001901260
SÃO SEBASTIAO/LIMOEIRO 55700-000 LIMOEIRO PE	RESERVADO AO FISCO A7E0.ECAE.6214.F0B4.BB54.FCEF.A8D7.F7BF		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	84,00	0,42656182	35,83
Consumo Ativo(kWh)-TE	84,00	0,35875625	30,13
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,60
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,14
ICMS Subvenção-CDE-NF 084047576-09/11/19			0,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	
W49897	CAT	12/12/2019 22.145,00	09/01/2020 22.229,00	28	1,00000	0,00	84,00	

DATA PREVISTA PARA A PROXIMA LEITURA: 06/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
Nov/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	LIMOEIRO	0,61	3,79	11,58	23,16
FIC-Nº de vezes sem Energia		2,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,40	2,37	0,90	0,90
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor de Encargo de Uso					R\$ 25,36

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e r pimental cosmeticos - me: limoeiro ponto certo / kañd e cordova
servicos: r da alegria 340
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007002543715	MÊSIANO 01/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 70,34	VENCIMENTO 16/01/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---

838100000000 703400110074 002543715104 143842215336



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF de vítima:

093.101294-50

4 - Nome completo da vítima:

DAVI SOARES BARBOSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013

5 - Nome completo:

DAVI SOARES BARBOSA

7 - Profissão:

Modo Exato

8 - Endereço:

Rua Zena

11 - Bairro:

São Sebastião

12 - Cidade:

Limoeiro

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.100-000

16 - Tel (DDD):

081 99668600

6 - CPF:

093-101294-50

9 - Número:

148

10 - Complemento:

Casa

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

56.438

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Se eu não a autorizar, o prosseguimento de 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 decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa minha concordância com a futura suspensão do direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (valores)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mãe vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Limoeiro (PE) 27-01-2020

DAVI SOARES BARBOSA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0205002588**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2019** às **16:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **31/10/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, RUA DA LEGRIA** - Bairro: **CENTRO** - **LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. A PADARIA MANANCIAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DAVI SOARES BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI SOARES BARBOSA**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

DAVI SOARES BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA SOARES DE OLIVEIRA** Pai: **JOSE FRANCISCO BARBOSA** Data de Nascimento: **6/8/1990** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8349637/SDS/PE (RG), 09310129450 (CPF), 05088621068 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 996001931**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 148, RUA DO ZAZÁ- ALTO SÃO SEBASTIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAVI SOARES BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI SOARES BARBOSA**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO-TRATOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
03/02/2020

Placa: **KHW6455** (PERNAMBUCO/LIMOEIRO) Renavam: **830863664** Chassi: **9C2LC08504R023371**
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2004** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/VOYAGE** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NNR1603** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL A PESSOA DE DAVI SOARES BARBOSA PARA INFORMAR QUE QUANDO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN COR PRETA PLACA KHW-6455, FOI SURPREENDIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO VW VOYAGE POLO COR PRETA PLACA NNR-1603 CONDUZIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, AO REALIZAR UMA MANOBRA SEM SINALIZAR, COLIDIU NA MOTOCICLETA DA VÍTIMA ONDE O MESMO VEIO A SER ATINGIDO, VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU CONFORME Ocorrência N° S701.981 SENDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO PRONTUÁRIO N° 027159 Ocorrência 00208306, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA N° DO REGISTRO 1135878. NADA MAIS HAVENDO, ENCERRO.

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

DAVI SOARES BARBOSA
(VITIMA)

Davi Soares Barbosa

B.O. registrado por: **JANAINA ENEDINA DE SANTANA** - Matrícula: **319898-7**

JN



KOTE SEGUROS
Erica Araújo
03/02/2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF de vítima:

4 - Nome completo da vítima:

093101294-50

Davi Soares Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013

5 - Nome completo:

Davi Soares Barbosa

7 - Profissão:

Modo Exato

8 - Endereço:

Rua Zena

11 - Bairro:

São Sebastião

12 - Cidade:

Limoeiro

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.100-000

16 - Tel (DDD):

081 99668600

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

56.438

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Se eu não a autorizar, 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 decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa minha concordância com a futura suspensão ou redução do direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (valores)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mãe vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/s pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/s pedido

37 - (P) Assinatura de quem assina o rogo/s pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Limoeiro (PE) 27-01-2020

Davi Soares Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200056522

Vítima: DAVI SOARES BARBOSA

Data do Acidente: 31/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVI SOARES BARBOSA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200056522

Vítima: DAVI SOARES BARBOSA

Data do Acidente: 31/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVI SOARES BARBOSA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **DAVI SOARES BARBOSA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000053**

Conta: **0000056438-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200056522

Vítima: DAVI SOARES BARBOSA

Data do Acidente: 31/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVI SOARES BARBOSA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVI SOARES BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000056438-0

Nr. da Autenticação 9E53B566BD8ADC0B

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046372/20

Vítima: DAVI SOARES BARBOSA

CPF: 093.101.294-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVI SOARES BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DAVI SOARES BARBOSA : 093.101.294-50

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: 03/02/2020
Nome: DAVI SOARES BARBOSA
CPF: 093.101.294-50

DAVI SOARES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO