



Número: **0018625-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69185 264	07/10/2020 14:51	2731769_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00186255020208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito¹**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Compulsando os documentos acostados à exordial, podemos observar que a parte autora não apresenta boletim de atendimento médico da data do suposto acidente e que o boletim de ocorrência acostado é meramente declaratório, sem a presença de testemunhas.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo².

¹SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%), sendo efetuado o pagamento no valor de R\$2.362,50:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			Seguradora LÍDER	
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190532895 Vítima: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA	Cidade: Cachoeirinha Data do acidente: 28/04/2019	Natureza: Invalidez Permanente Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 04/10/2019 Valoração do IML: 0 Perícia médica: Sim Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITAS. Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA EM PONTE (RELATÓRIO MÉDICO -P2). ALTA. Sequelas permanentes: Sequelas: Documento/Motivo: Nome do documento faltante: Apontamento do Laudo do IML: Conduta mantida: Quantificação das sequelas: Documentos complementares: Observações: @2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
	Total	17,5 %	R\$ 2.362,50	

²APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPÓSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 14:51:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100714513966500000067847237>
Número do documento: 20100714513966500000067847237

Num. 69185264 - Pág. 2

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 5 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 14:51:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100714513966500000067847237>
Número do documento: 20100714513966500000067847237

Num. 69185264 - Pág. 3



Número: **0018625-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
69185 265	07/10/2020 14:51	<u>ANEXO 1</u>

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/05/2019 09:43

Atendimento: 312151 Entrada: 01/05/2019 Hora: 22:05
Acomodação: LEITO 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável: FABIO ROMERO ALVES COUTO
Médico Resp: LEVI DIOGENES F

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 6 Dia(s), 11 horas
Matrícula:
Centraue: 6961239 SDS
C.N.S.: 705603422125130

Paciente: 1622136 JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA
Nascimento: 01/08/1990 (28 Anos e 9 Meses)
Endereço: RUA DELMIRO CHALE
Bairro: SAO GABRIEL C.E.P.: 55380-000
Cidade: 2603108 CACHOEIRINHA
Pai: EVANILDO SEBASTIAO DE LIMA
Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES COUTO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor. PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 09634785409
Identidade: 8261032 - SDS - PE
Telefone: / 995151624
G Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: AGRICULTOR
CACHOEIRINHA PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 01/05/2019 - 22:21

AVALIAÇÃO (Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR CRM 13240)

Queixa do paciente:
ENCAMINHADO DO HOSPITAL DOM MOURA PARA INTERNAMENTO CIRÚRGICO

Exame físico:
BOAS CONDIÇÕES DE PARTES MOTAS

Hipótese diagnóstica:
FRATURA DE OSSOS DA Perna Direita

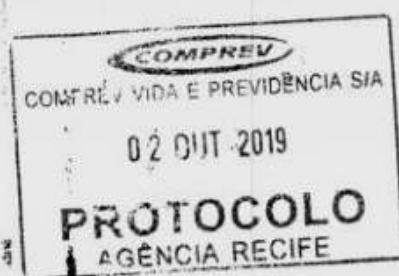
Prescrição/Conduta:

Horário/Checagem

01 -	RADIOGRAFIA + IMOBILIZAÇÃO + SOLICITO PRE OP + AGUARDA CIRURGIA	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:



Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Atend. Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2019
Av. Cláudio Campelo, S/N - Maceió - PE

Página 1 de 1



Nome: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA (1622136)

Admissão: 312151

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

CID: <<S822>> FRATURA COMINUTIVA DE TIBIA E FIBULA DIR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 01/05/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 08/05/2019.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA Perna COM PLACA EM PONTE

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

- DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;

4 - RETORNAR DIA 12/6/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
COMPREV - 10.591

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 08/05/2019 as 10:07

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 OUT 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Nome: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA (1622136)

Admissão: 312151

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

D 10: S822

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
(X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
() Como acompanhante.
() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

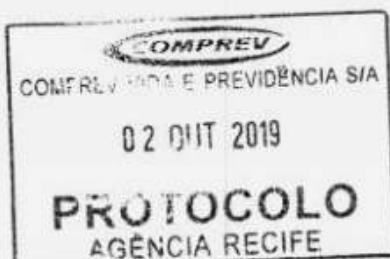
NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84 resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 08/05/2019 as 10:05

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedia/Reumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO
CRM:





Cachoeirinha
Trabalho, transparéncia e dedicação
GOVERNO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA-PE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO



LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

UNIDADE DE DESTINO:

Nome:

SUS

DADOS DO PACIENTE

RG

DATA DE NASCIMENTO

ID: 28

SEXO:

5672355

SENHA DA REGULAÇÃO:

HISTÓRIA CLÍNICA

Doenças de rotina e baixo nível

CONDUTA INICIAL:

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

COMPRESA
CONTAZ VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

18 SET 2019

Dr. Antônio Marcos Camargo
Médico
CRM-PE 25630

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Médico Assinatura/Carimbo



24/05

16:55

ANTONIO MARCOS CAMARGO

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE: HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
GRS: 4 [CARUARU]
DATA: 28/04/2019

CÓDIGO SIA-SUS: 263890

CEP: 55.380-00

FICHA N°: 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA
ENDERECO: RUA MANOEL ALVES DO COUTO 26
LOCAL: CACHOEIRINHA / PE

IDADE: 28 an

PRONTUÁRIO: 13356633

INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTO: 0214010015

CÓDIGO SIA-SUS: 263890

ANAMINESE - EXAME CLÍNICO - CONDUTA

PRESSÃO ARTERIAL

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

TEMPERATURA

X

SINTOMOLOGIA:

Desidratação + baixa co
n I D

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

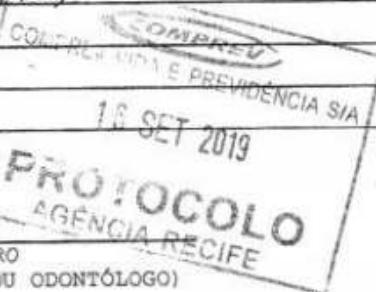
Desidratação

EXAMES COMPLEMENTARES:

Dr. Marc
SERIDA 5672 355

TRATAMENTO E/OU ATIVIDADE:

Desidratação





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - N°81 - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 108446779 Abr/2019
JANAINA KELLY ALVES, 17V VER ARISTOTLES A LINHEIRA, N. 00097 - CENTRO CACHOEIRINHA PE 55380-000		INSCRIÇÃO: 051.830.770.0049.140 GRUPO: 5 DEB. AUTOMÁTICO: 108446779
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL QUANTIDADE DE CONSUMO: RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDROMETRO A11U087868	DATA LEIT. ANTERIOR 24/04/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/04/2019 TIPO DE CONSUMO (AVL) MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 327 CONSUMO: 10
LEIT ATU: 327
LEIT FAT: 327 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2019 10
02/2019 10
01/2019 10
12/2018 10
11/2018 10
10/2018 10

MÉDIA: 10

Quantidade de Água www.compresa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS ALUSCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	10 HS	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/INPOUNTALIDADE 03/2019		0,83
JUROS DE MORA 01/2019		0,39

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔTO
HS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/05/2019

TOTAL A PAGAR: 42,52

MENSAGEM:

COMPREV
CONF. RL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 SET 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Declaração do proprietário de veículo

EU-

Roberto Alves Couto

RG 11804183 data de expedição 18/06/1999

Orgão SSP PE portador do CPF 9211 186-364-90 com
domicílio na cidade de Cachoeirinha o estado de
paraíba onde resido na rua/avenida/estrada

Rua Andrade Alves Espíndola no 160

Complemento casa declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado era
de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:

Jônio Batista Alves Couto Lima
cujo o condutor era Jônio Batista Alves Couto Lima

Veículo moto

Modelo Honda CG 150 Fan vermelha

Ano 2012 - 2012

Placa PJU 6752

Chassi GEB KC 3670 CR 482420

Data do acidente 28/04/2019

Local e data do cartório Cachoeirinha 27/05/2019

Roberto Alves Couto

Assinatura do declarante

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

Obs.: reconhecer por autenticidade



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA / PE

TABELIA: DIVA LUCIA VALENCA MELO E SILVA / ALTERNATIVA: DIVA LUCIA SIBREZA VALENCA DE MELLO FELICIANO

Reconheço Por Autenticidade a firma de ROBERTO ALVES COUTO, sou
fie. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha,
27/05/2019. Selos(s): 0076455 IMS04201902.01706.
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/
selodigital. Emol.: R\$ 3,51 - TSBR R\$ 0,80 - PERC:
R\$ 0,40 Vera Lucia Valenca Melo e Silva - Tabelia

Z. Alves Couto
VALIDAMENTE SEU ENDEAVOR OU RASURAS



24/05

16:55

ANTONIO MARCOS CAMARGO

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE: HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
GRS: 4 [CARUARU]
DATA: 28/04/2019

CÓDIGO SIA-SUS: 263890
CEP: 55.380-00
FICHA N°: 3

NOME: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA
ENDERECO: RUA MANOEL ALVES DO COUTO 26
LOCAL: CACHOEIRINHA / PE

IDADE: 28 an
PRONTUÁRIO: 13356633

PROCEDIMENTO: 0214010015 INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO

CÓDIGO SIA-SUS: 263890

PRESSÃO ARTERIAL ANAMINESE - EXAME CLÍNICO - CONDUTA

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

TEMPERATURA

X

SINTOMOLOGIA:

Desidratação + tontura

HTD

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

anemia

EXAMES COMPLEMENTARES:

Dr. Marcia
SENHA 5672 355

TRATAMENTO E/OU ATIVIDADE:

Bx. de oxigênio



ASSINATURA OU CARIMBO CRM/CRO
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL (MÉDICO OU ODONTÓLOGO)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *João Batista Alves Couto de Lima* 6 - CPF: *086.327.854-09*
 7 - Profissão: *Mecânico* 8 - Endereço: *Travessa Aristóteles Amorim 97 casa 00* 9 - Número: *97* 10 - Complemento: *Cachorro Preto*
 11 - Bairro: *Lins* 12 - Cidade: *Recife* 13 - Estado: *PE* 14 - CEP: *52353-800*
 15 - E-mail: *ce195545c0457*

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *2770*

CONTA: *98581 41*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varasos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

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

38 - 1º | Nome: *COMPARECIMENTO*
CPF: *000.000.000-00*

COOPERATIVA VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

Assinatura da testemunha: *SET 2013*

39 - 2º | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha: *RECIFE*

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: *Recife/PE 26/10/2019*

JOÃO BATISTA A. G. LIMA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109°CIRC DINTER1/15°DESEC**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0199000258

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/05/2019** às
17:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconfeceu no dia **28/4/2019** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 1, SITIO BORRACHINHA** - Bairro: **CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
ROBERTO ALVES COUTO (OUTRO)
JOAO BATISTA ALVES COUTO LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOAO BATISTA ALVES COUTO LIMA

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

JOAO BATISTA ALVES COUTO LIMA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mão: **MARIA DO SOCORRO ALVES COUTO** Pai: **EVANILDO SEBASTIAO DE LIMA** Data de Nascimento: **1/8/1998** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão:

AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: **RUA VEREADOR ARISTOTELES AUGUSTO LIMEIRA, 97 - CEP: 5 - Bairro: LOTEAMENTO SÃO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Descendente Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ROBERTO ALVES COUTO (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): **ROBERTO ALVES COUTO**, que



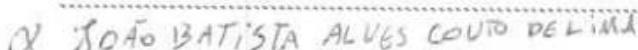
estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO BATISTA ALVES COUTO LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **{UNIDADE NÃO INFORMADA}**

Placa: **PFN6782** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **8C2KC1678CR482426**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR.JOAO BATISTA ALVES COUTO, NOTICIANDO, DE QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NO SENTIDO ZONA RURAL-CIDADE, QUANDO EM DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE DA MESMA AO PASSAR EM UM MONTE DE TERRA E FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL DE CACHOEIRINHA E EM SEGUIDA PARA O DOM MOURA DE GARANHUNS E EM SEGUIDA REMOVIDO PARA O ARLINDO MOURA NA CIDADE DE MORENO, ONDE O MESMO TEVE FRATURA NA TIBIA E FIBULA DIREIRA.NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

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

 **JOAO BATISTA ALVES COUTO LIMA**

**JOAO BATISTA ALVES COUTO LIMA
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159765-5**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Celular:

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:

REUSSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALIMENTADO

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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varasos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Informações
sobre a
vítima no
momento do
acidente

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

COMPARECIMENTO E PREVIDÊNCIA S.A.

Assinatura da testemunha: SET 2013

39 - 2º | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha: RECIFE

40 - Local e Data: 26/10/2019

Y 30.º BATISTA A. G. LIMA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS





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, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190532895

Vítima: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01627/01628 - carta_03 - INVALIDEZ



00010814

Carta nº 14778723



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 14:51:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100714513975800000067847238>
Número do documento: 20100714513975800000067847238

Num. 69185265 - Pág. 13



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, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532895

Vítima: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

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

Pag. 00811/00812 - carta_01 - INVALIDEZ



00320406

Carta nº 14931864



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 14:51:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100714513975800000067847238>
Número do documento: 20100714513975800000067847238

Num. 69185265 - Pág. 14



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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190532895 Vítima: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

Data do Acidente: 28/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor.

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002170

Conta: 0000028581-4

Tipo: CONTA POUPANCA

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, retorno 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 14:51:39
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100714513975800000067847238>
Número do documento: 20100714513975800000067847238

Núm. 69185265 - Pág. 15

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319408/19

Número do Sinistro: 3190532895

Vítima: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

CPF: 096.347.854-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/04/2019

Titular do CPF: JOAO BATISTA ALVES
COUTO DE LIMA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 02/10/2019
Nome: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA
CPF: 096.347.854-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 14:51:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100714513975800000067847238>
Número do documento: 20100714513975800000067847238

Num. 69185265 - Pág. 16

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319408/19

Vítima: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

CPF: 096.347.854-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/04/2019

Titular do CPF: JOAO BATISTA ALVES
COUTO DE LIMA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA : 096.347.854-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA
CPF: 096.347.854-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 14:51:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100714513975800000067847238>
Número do documento: 20100714513975800000067847238

Num. 69185265 - Pág. 17

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532895 Cidade: Cachoeirinha Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA Data do acidente: 28/04/2019 Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA EM PONTE (RELATÓRIO MÉDICO -P2).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/10/2020 14:51:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100714513975800000067847238>
Número do documento: 20100714513975800000067847238

Num. 69185265 - Pág. 19

PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014484325841

DETBRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CÓD. MUNICÍPIO	R.N.T.R.C.
VIA	Nº 4520 02292 U
HOME	

ROBERTO ALVES COUTO
ROBERTO ALVES COUTO

CARUARU-PE

PLACA
R 116 152CHASSIS
949-186-164-20PLACA ANT./UF
P/PECÓDIGO/CATEGORIA
CARUARU-PECOMBUSTÍVEL
ÁLCOOL/GÁSOLESPECIE TIPO
/MOTOCICLETAANO FAB.
2012ANO MODELO
2012

HONDA/CB 150 FAN

CATEGORIA
CB 150COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CAP / POTO/CL

PERÍODO

VENCIMENTO COTAS

1ª COTA ÚNICA

2ª COTA ÚNICA

3ª COTA ÚNICA

PAGAMENTO AMBIENTAL / COTAS

PAGAMENTO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PAGAMENTO PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE 04 TERRAS TRENDOU POR SUA CARGA À PESSOAS AUTOMOTORES DE TRANSPORTES PESSOAIS. SEGURO DPVAT

014484325841

RECIBO PE Nº

PE Nº 014484325841

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ASSINATURA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 30/01/19

PLACA
PE 06752

CPF / CHAM
944-106-164-2 U

MARCA / MODELO
HONDA CG 150 TAN CR

Nº CHASSI
45292320

ANO FAB.
2012

ANO MODELO
2012

PLATEAU

912

90294167UCB4294U

PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO SEGURO (R\$)
DENATRAN (R\$)
4,00

TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)
10,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)
1,00

DATA DE QUITAÇÃO
4 - 00

PAGAMENTO
PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO
30/01/19

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

ASSINATURA

ROBERTO ALVES COUTO

ROBERTO ALVES COUTO