



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)		sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64216578	06/07/2020 14:08	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 6 Dia(s), 11 horas
Matrícula:
Identidade: 6961239 SDS
C.N.S.: 705803422125130

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: AGRICULTOR
Naturalidade: 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 CIRURGICO

Exame físico:

BOAS CONDIÇÕES DE PARTES MOTES

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

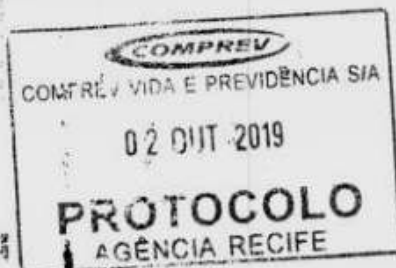
Horario/Checkagem

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

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:



Hospital Memorial Arminde Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Campelo, S/N - Moreno-PE

Página 1 de 1





Armindo Moura
HOSPITAL CENTRAL

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 CIRURGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA COM PLACA EM PONTE

MEDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALLEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - 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.

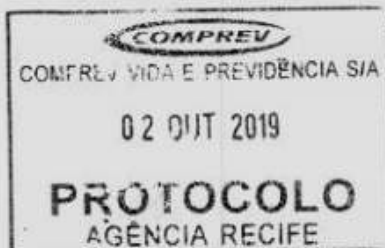
Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 08/05/2019 as 10:07

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

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: 06/05/2019 às 10:05

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:





Cachoeirinha
Trabalha, transporta e dedicação
GOVERNO MUNICIPAL

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



LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:	5672355		
UNIDADE DE DESTINO:	Dom Moura - Otoped		
SENHA DA REGULAÇÃO:			
DADOS DO PACIENTE			
Nome:	Joo Batista Alves Coutinho		ID: 20
SUS	RG	DATA DE NASCIMENTO	SEXO:
HISTÓRIA CLÍNICA			
Queixa de dor e tontura no			
rto			
CONDUTA INICIAL: Tratamento do rto			
EXAMES REALIZADOS:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: tran rto p/c			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:			
DATA DA TRANSFERÊNCIA:			

Dr. Antônio Marcos Camargo
Médico
CREMEPE 25630

Médico Assinatura/Carimbo



2405

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 Nº: 3

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

IDADE: 28 an
PRONTUÁRIO: 13356633

PROCEDIMENTO: 0214010015
INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO REALIZADO

CÓDIGO SIA-SUS: 263890

ANAMINESE - EXAME CLÍNICO - CONDUTA
PRESSÃO ARTERIAL AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA TEMPERATURA

X

SINTOMOLOGIA:

Quest de sub e taira
R I D

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

em R I D

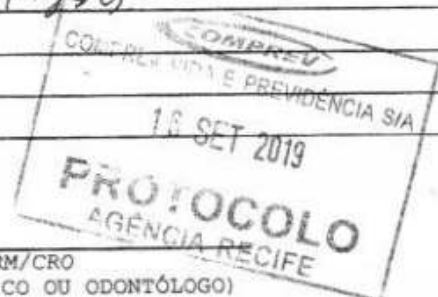
EXAMES COMPLEMENTARES:

Dr. Manoel
SERIA 5672 355

TRATAMENTO E/OU ATIVIDADE:

Br. n. 01/2019

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





ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - N.º 1. - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

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

DADOS DO CLIENTE

JANAINA KELLY ALVES
1TV VER ARISTOTILES A LIMEIRA, N. 00097 - CENTRO CACHOEIRINHA
PE 55380-000
INSCRIÇÃO: 031.830.770.0049.140 GRUPO: 6 DEB. AUTOMÁTICO: 108408779

MATRICULA: 108408779 Abr/2019

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)
HIDRÔMETRO A11U087868	DATA LEIT. ANTERIOR 24/04/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/04/2019	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

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.414/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	38	38	38
COR APARENTE	38	38	14
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	36
E. COLI	38	38	38

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO	TOTAL (R\$)
10 M3	41,30
	0,83
	0,39

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019
JUROS DE MORA 01/2019

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMC	41,30	1,65	0,68
CONSUMO	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 15/05/2019

TOTAL A PAGAR: 42,52

MENSAGEM:

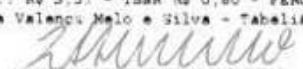


Declaração do proprietário de veículo

EU- Roberto Alves Couto
RG 11804483 data de expedição 18/06/1999
Orgão SSP PE portador do CPF 9244 186-364-20 com
domicílio na cidade de Cachoeirinha o estado de
pernambuco onde resido na rua/avenida/estrada
Rua André Alves Espindola no 160
Complemento Casa declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado e era
de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima-
João Batista Alves Couto Lima
cujo o condutor era João Batista Alves Couto Lima
Veículo moto
Modelo Honda CG 350 Fem Tan Vermelho
Ano 2012. 2012
Placa PEM 6752
Chassi 9E2 KC 3670 ER 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: VERA LUCIA VALENÇA MELO E SILVA / SUBSTITUTA: DIVA LUCIA SINGES VALENÇA DE MELO FELICIANO
Reconheço Por Autenticidade a firma de ROBERTO ALVES COUTO: dou
fe. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha,
27/05/2019. Selo(s): 0076455 IMS04201902.01706.
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/
velodigital. Emol.: R\$ 3,51 - TSSR R\$ 0,80 - FERC:
R\$ 0,40 Vera Lucia Valença Melo e Silva - Tabela

VALIDO SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS



2405

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 Nº: 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA
ENDEREÇO: 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:

Dores de dor e tonturas
N I D

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

em N I D

EXAMES COMPLEMENTARES:

Dr. Manoel
SERIA 5672 355

TRATAMENTO E/OU ATIVIDADE:

Be. de 05/10/19

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

COMPROVADO
CONTROLE VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
16 SET 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





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 Nº 445/2012

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel./DDD:

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 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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 nascituro (nascidos)?

☐ 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 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

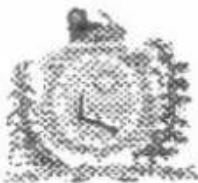
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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 -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0199000258**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 1, SÍTIO
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 UMA (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 no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES COUTO Pai: EVANILDO SEBASTIAO DE
LIMA Data de Nascimento: 1/2/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: RUA VEREADOR ARISTOTELES AUGUSTO LIMEIRA, 97 - CEP: 9 -
Bairro: LOTEAMENTO SAO GABRIEL - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ROBERTO ALVES COUTO (não presente no 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: **PFN0762** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1679CR482420**
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

α **JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA**

JOAO BATISTA ALVES COUTO LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159705-5**





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 Nº 445/2012

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel./DDD:

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 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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 nascituro (nascidos)?

☐ 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 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





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 médico-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





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

Carta nº 14931864





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 do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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 POUPANÇA

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

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

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

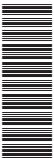
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01275/01276 - carta_15R - INVALIDEZ

00020638



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

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA ALVES
COUTO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319408/19

Vítima: JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

CPF: 096.347.854-09

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA ALVES
COUTO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

JOAO BATISTA ALVES COUTO DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JONATAN BARBOSA DE BARROS



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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		Nº 01484325841	
VIA _____ COD. RENAVAM _____ RNTRC _____ EXERCICIO _____ 1 43202220 22222222 2012		NOME _____ ROBERTO ALVES COELHO		PLACA _____ PLACA _____ CARUARU-9E PEM6752	
944.106.154-20 _____ CHASSI _____ 92KCL670CR462420		ESPECIE TIPO _____ COMBUSTIVEL _____ PAS / MOTOCICLETA ALCO / GASOL		ANO FAB _____ ANO MOD _____ 2012 2012	
HONDA / CG 150 FAN 231 _____ MARCA / MODELO _____ CAP / POT / OL _____ CATEGORIA _____ 2E / 149CL PARTIC		VENC. COTA UNICA _____ VENC. COTAS _____ 1 2		COR PREDOMINANTE _____ VERMELHA	
I 2EVA 2013 QUEPAAU _____ FAIXA LIVRA _____ 1 2 3		DATA DE PAGAMENTO _____ 20/01/12		DATA _____ 20/01/12	
PREMIO TANTUM (R\$) _____ IQF (R\$) _____ 80.11 0.92		PREMIO TOTAL (R\$) _____ 84.50		OBSERVAÇÕES _____ SEM RESERVA	
LOCAL _____ Caruaru		DATA _____ 20/01/12		DATA _____ 20/01/12	
CARUARU DEU TO DO COSTA CORREIA Marcelo Duarte em Exercício Extra		CARUARU DEU TO DO COSTA CORREIA Marcelo Duarte em Exercício Extra		CARUARU DEU TO DO COSTA CORREIA Marcelo Duarte em Exercício Extra	

[illegible]

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

44106
20150202
1212 1212 1212 1212
COD REVENUE
1212 1212 1212 1212

CONTRAVENÇÃO
COMPREU
CONTRAVENÇÃO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
16 SET 2019
PROTOCOLO