



Número: **0020633-97.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS MENDES DA SILVA FILHO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64416115	09/07/2020 11:25	ANEXO 1	Outros (Documento)



(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190666868 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ: 16791790474

Posição em 30-06-2020 15:03:16

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00



Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/01/2020	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eeVxVHkWza__cu7HC api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqllwoQZEtqU=)
11/01/2020	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/7Q8sAUUnx0LRMz6lip api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqllwoQZEtqU=)
21/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tDDPLhFSf0jhb+LAEEh api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqllwoQZEtqU=)



03/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/zdhB__W8+M220TAlxuzapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqllwoQZEtqU=)
03/12/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nUeLtRsDFooQIWIHH1api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqllwoQZEtqU=)



(https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

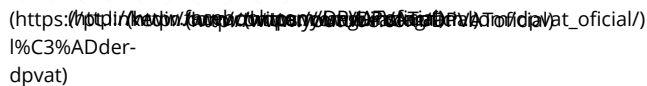
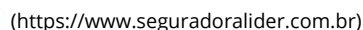
Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)





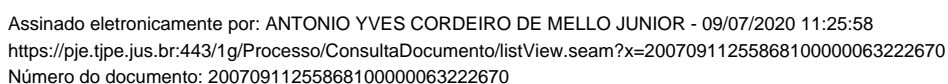
- Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

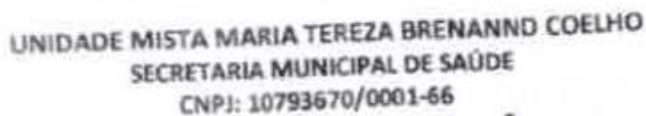
- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Carlos Mendes da Silva Filho PRONTUÁRIO: 18235-8

IDADE: 21 anos DATA: 29/08/19 - 19:20h

UNIDADE DE DESTINO: HR/NPR + Emergência Geral

SENHA: 5759679

SENHA: 5753617
HDA: Colisão moto x moto sem capacete há ± 20 min com TCE + nítido + dor contusão, inchado com tremores autolimitados e sonolência há ± 10 min, acompanhando náuseas e vômitos, ou outras queixas, paciente no momento sem dor. Em tempo: paciente apresentando hematomas na cabeça, porém preservação do nível de consciência.

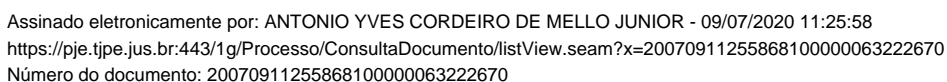
EXAMES COMPLEMENTARES:
EM USO DE: Famílias em uso de medicação contínua

EXAME FÍSICO
GERAL: E. G. Rep. torporoso, disorientado, corado, eupneico,
hidratado, quieto, c/ro. acantótico
- B.M.F. 11. Fp 88. PA 130 x 90

ACV: RPR em ST, BME 112, FE 88, PA 130x50
AR: 1110 em AHT 1, RA, FE 16, lat 98% (an
ABD: Plano, difusos, em sinais de irritação perito
EXT: T. 12-13-14
SN: Glaxo 12 (3+4+5), incolor, no flaco pupalax p
TOST: Glaxo 12

OUTROS: ① Potência Moto x Moto + TPE + Oxiacina + Penicilina
HD: ① Fator Beto ② Hematúria ③ Hematúria ④ Hematúria
CD: ① Sólido qual labor da Universidade + Univer
sidade Geral. Amostra da SAMU (5673903).

Avenida Major Severino Mendes, nº 35 - Buenos Aires - PE
 Fone: (81) 3647-1173
 Impo: substituindo com blusgou 3, provido TOT (TOT 715,
 disponível) sem sedação (20:00h).
 Dr. Thiago Rodrigues
 CRM 22720
 CREA 22720



Num. 64416115 - Pág. 6



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	PRONTUÁRIO: 1691413	ATENDIMENTO: 01475780
DATA DE NASCIMENTO: 01/04/1998	FOI ATENDIDO EM: 8	Às 6
	DATA DA ALTA: 17/09/2019	ÀS 09:06

Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE
-- FRATURA DE CRÂNIO TEMPOROPARIETAL DIREITA COM AFUNDAMENTO + CONTUSÃO
-- PO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA + DRENAGEM DE CONTUSÃO (30/08/19)

Tratamento Realizado:

CIRÚRGICO

Observação:

LAVAR FERIDA COM ÁGUA E SABONETE
- RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS DE CIRURGIA
- AFASTAMENTO POR 30 DIAS
- FISIOTERAPIA MOTORA

Encaminhado para:

RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. DELSON COM 30 DIAS

NANDINHO LUIS GOMES - CRM: Nº. 8452

Dr. Nandinho Gomes
Médico - Neurologista

Recife, 17, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Senha UTE : 615452

SENHA DA REGULAÇÃO:

HTT
NEPI-HR
05/09/19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

TOMOGRÁFIA HR

Data: 07/09/19

Assinatura: [Assinatura]

Nº PRONTUÁRIO: 1691413	Data e Hora de Atendimento: 29/08/2019 20:26	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:		
Nº ATEND.: 1475115	Paciente: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO SIC	Nm. Social: _____
Data de nascimento: 01/04/1998	Idade: 21a 4m 28d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: _____	Acompanhante: RIVALDIRA LOPES VIEIRA
DOC ID / Data expedição: _____	Mãe: IGNORADO	Cartão SUS: 898002924365114
Endereço: RUA LUPICINIO BENICIO DE MIRANDA		Numero: _____
Bairro: FILA SAO LUIZ		Complemento: A 7146-9028
Cidade: BUENOS AIRES		UF: PE Telefone: 993878558
Condições: _____		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social: <i>Entrevista com Rivaldira Lopes no bloco</i>		
Confirmação de nome: Carlos Mendes da Silva Filho	Fones: _____	Assistente Social: _____
Confirmação de endereço: _____		Assistente Social: _____
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social: _____
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		Assistente Social: _____
Cursos <input type="checkbox"/>		Assistente Social: _____
Observação: _____		
História Clínica: <i>Paciente vítima de acidente de moto-moto de alto impacto, sem lesões com perda imediata de consciência, e atendimento no local em poucos minutos. Houve IOT SI Sedação de RNC. e hemorragia vaginal.</i>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: _____	Transporte realizado Por: _____	
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: _____		
Condições de imobilização adequadas: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que? _____		
Exame Físico:		
A. Geral: Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Temp: _____		
<i>IOT bem expansiva em tórax.</i>		
B. Respiratório: <i>MVH em HT + bulhas crepantes</i>		
C. Circulatório: <i>PA 140 x 100 mm</i>	Pulso: <i>116</i>	bpm
<i>RCP em 2T BIVF SIS</i>		



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 29/08/2019 20:16

Nome Paciente: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/04/1998
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0052
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/08/2019 20:17 - 29/08/2019 20:17

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAOP MOTO/MOTO APRESENTOU VOMITO COM SANGUE CHEGOU INTUBADO

Observação: SENHA 5759678 SEM CAPACETE

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3
- REGUA DE DOR: 0

29/08/19

Dr. En. Rui P. M.

Enquanto paciente de risco de morte, evoluiu com uma contusão hemisférica.

Foram realizadas de 1000ml de sangue IV em 10min, com interrupção da correção.

Indo Paulo S. de Moraes
CRM: 127.127

29/08/19

Dr. CGM

09:45

Paciente TC de tórax: ausência de pneumotórax ou de líquido mediastinal. TC de abdome: ausência de pneumoperitônio ou de líquido livre, ausência de extravasamento de contraste.

Ob: pela da CB.

Por indicação da NCE

Indo Paulo S. de Moraes
CRM: 127.127

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/08/2019 20:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



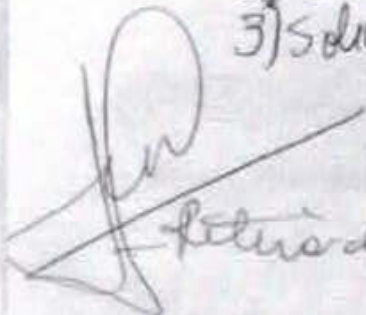
21:30 #NCR#

Resgate TC de crânio que evidencia fratura tempo-
parietal D+contusão meningeal mínima, sem dano de linha
média ou deslocamento. Diratido com equipe do plantão

CD. 1) ~~Como fratura~~ Vigilância Neurológica

2) Deixo em AVN + sedação.

3) Soluto exames

 Enfermeiro
Fátima de Deus Curral
p/ ordem Médica
Reprovações pelo veneno perfumado
as 1h. E Seacal
art. 151



D. Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>				Pupilas	Isocôricas <input type="checkbox"/>	Anisocôricas <input type="checkbox"/>
Glasgow Abertura Ocular	Glasgow Resposta Verbal	Glasgow Resposta Motora						
Score: _____ Hora: _____	Score: _____ Hora: _____	Score: _____ Hora: _____						
<p>ECG = 4 + 1 + 3 = 81</p>								
<p>E. Exposição/Abdômen: Furado S1 Deitada. Pouco ostia Bo xecum Pré-nice</p>								
Diagnóstico Inicial: ① ECG						Cod. Procedimento		
Condição: ② Kantômosse (Hemossinus??)						Ass. Médico		
<p>① ECG 0 TC CRANIO LOC. CERVICAL TORAXO ABD. ② Passar SVD OK</p>						Ass. Enfermagem		
Evolução de Enfermagem:								
<p>Definição do Caso:</p> <p><input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta</p> <p>Internado na Clínica: _____</p> <p>Transferido para: _____</p>								
<p>Autorização para Alta / Internamento / Transferência:</p> <p>Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____</p>						<p>Condição de Alta:</p> <p><input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado</p> <p><input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito</p>		
<p>Termo de responsabilidade para Internamento:</p> <p>- Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.</p> <p>Data: _____ Nome completo legível: _____</p> <p>No. da identidade: _____ Assinatura: _____</p>								
<p>Termo de responsabilidade de alta a pedido:</p> <p>- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.</p> <p>Data: _____ Nome completo legível: _____</p> <p>No. da identidade: _____ Assinatura: _____</p>								
<p>Data e Hora Impressão: 29-Ago-19</p>								



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	PRONTUÁRIO: 1691413	ATENDIMENTO: 01475780
DATA DE NASCIMENTO: 01/04/1998	FOI ATENDIDO EM:	Às
	DATA DA ALTA:	17/09/2019 ÀS 09:06

Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE
-- FRATURA DE CRÂNIO TEMPOROPARIETAL DIREITA + TQ + CONTUSÃO
-- PO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA + DRENAGEM + USO (30/08/19)

Tratamento Realizado:

CIRÚRGICO

Observação:

LAVAR FERIDA COM ÁGUA E SABONETE
- RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS DE CIRURGIA
- AFASTAMENTO POR 30 DIAS
- FISIOTERAPIA MOTORA

Encaminhado para:

RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. DELSON COM 30 DIAS

NANDINHO LUIS GOMES - CRM: Nº 8452

Recife, 17, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Confirmando o Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação NF 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães

Recife - PE CEP 52.010-040

Fones (0800) 3181-5400



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 24/8/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 24/8/14
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Carlos Mendes da Silva Filho	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE	

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento Original TCE Alta 17/14/14	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO; <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Torcido aparente Desarticulação no
2º Limbo e no espaço, aparente e aparente
3º e os titos após o acidente, em via de
4º melancolia controlada, Transtorno de Trauma
5º 75% Crave

Assinado eletronicamente por: 33/10/14	Dr. Rosângela G. Silva Médica PRELÍPIE 2014
Assinatura: Cordeiro	ASSINATURA E CANCELAMENTO



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM:	UF: N°:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone: ()	

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Carlos Mendes da Silva Filho

Endereço:

Prescrição:

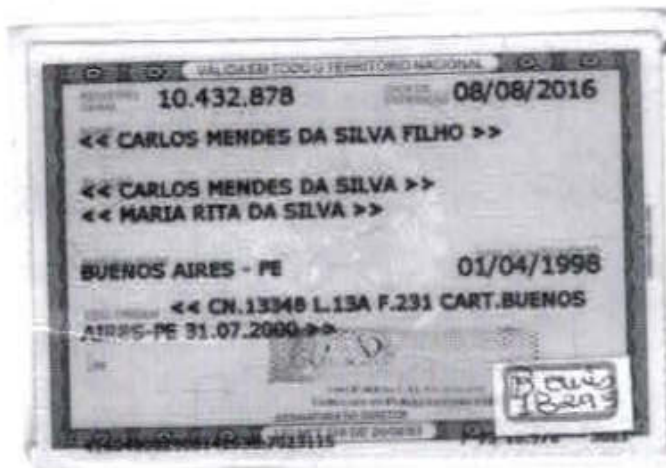
Amoxicilina (100mg) — 1Cx
3 q Vo 12) 12h.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone: ()	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666868 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.

Descrição do exame físico: CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA. PRESERVADO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA SATISFATORIA, MAS COM SEQUELAS COGNITIVAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666868 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.

Descrição do exame físico: CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA. PRESERVADO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA SATISFATORIA, MAS COM SEQUELAS COGNITIVAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423609/19

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

CPF: 167.917.904-74

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO : 167.917.904-74

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: 29/11/2019
Nome: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
CPF: 167.917.904-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423609/19

Número do Sinistro: 3190666868

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

CPF: 167.917.904-74

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2019

Titular do CPF: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO : 167.917.904-74

Autorização de pagamento

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: 17/12/2019
Nome: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
CPF: 167.917.904-74

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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. 01787/01788 - carta_03 - INVALIDEZ

00050894



Carta nº 15174797





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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666868

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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 15176429





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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666868

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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

Pag. 00323/00324 - carta_02 - INVALIDEZ

00070162



Carta nº 15264981





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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666868

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

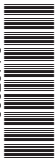
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01539/01540 - carta_25 - INVALIDEZ

00020770





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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666868

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000002085-0**

Conta: **000004337-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



319.066.869



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro do ASL: 1639 7904 74 3 - CPF do vítima: 319.066.869 4 - Nome completo da vítima: Danilo Mendes da Silva Filho

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

5 - Nome completo: Danilo Mendes da Silva Filho 6 - CPF: 319.066.869

7 - Profissão: Recursos 8 - Endereço: Rua 30 9 - Número: 19 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Lourenço 12 - Cidade: Suvarosa, Acre 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000

15 - E-mail: Recursos 16 - Telefone: 999304699

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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:

☒ RECLUIR INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (deposito para os bancos citados. Anote uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

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

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 2085 CONTA: 4337

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resgate 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso houver de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Feitos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Feitos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso certo, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando certo, 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 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Suvarosa, Acre, 16.01.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Danilo Mendes da Silva Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

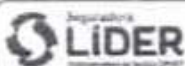
43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS-001 V003/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091125586810000063222670

Número do documento: 2007091125586810000063222670



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 1 - CPF da vítima: 16793790474 4 - Nome completo da vítima: Antônio Mendonça da Silva Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Antônio Mendonça da Silva Filho 6 - CPF: 16793790474
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua 30 9 - Número: 34 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Luiz 12 - Cidade: Buenópolis/Alagoas 13 - Estado: AL 14 - CEP: 55845-000
15 - E-mail: Recusou 16 - Telefone: 83993046999

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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 (dever de banco)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 3783 CONTA: 31039

Autorizo a Seguradora LIDER 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 restituído.

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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordante 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 rastrear? ☐ 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 LIDER pagará, caso leveida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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 o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Buenópolis/Alagoas, 08/11/19
Antônio Mendonça da Silva Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP3.001 V002/2019





----- VIA DO CLIENTE -----
Data: 01-11-2013 Hora de Brás: 11:40

Deposito em Conta Corrente

Via do Cliente
Banco: 233
Agência: 0100 - CDDP199
Conta: 40000000000000000000-5
Nome: CARLOS ALBERTO DA SILVA FILHO

Depositante: 0 PROPRIO
CPF: 000000000
Valor em dinheiro: 50,00
Valor em cheque: 0,00
Valor total: 50,00

Ag. Bradesco: 0100 - CDDP199
Correspondente: 100 - SCENES VAREZINHAS
CDD: 000722110104 Autenticação: 02/000

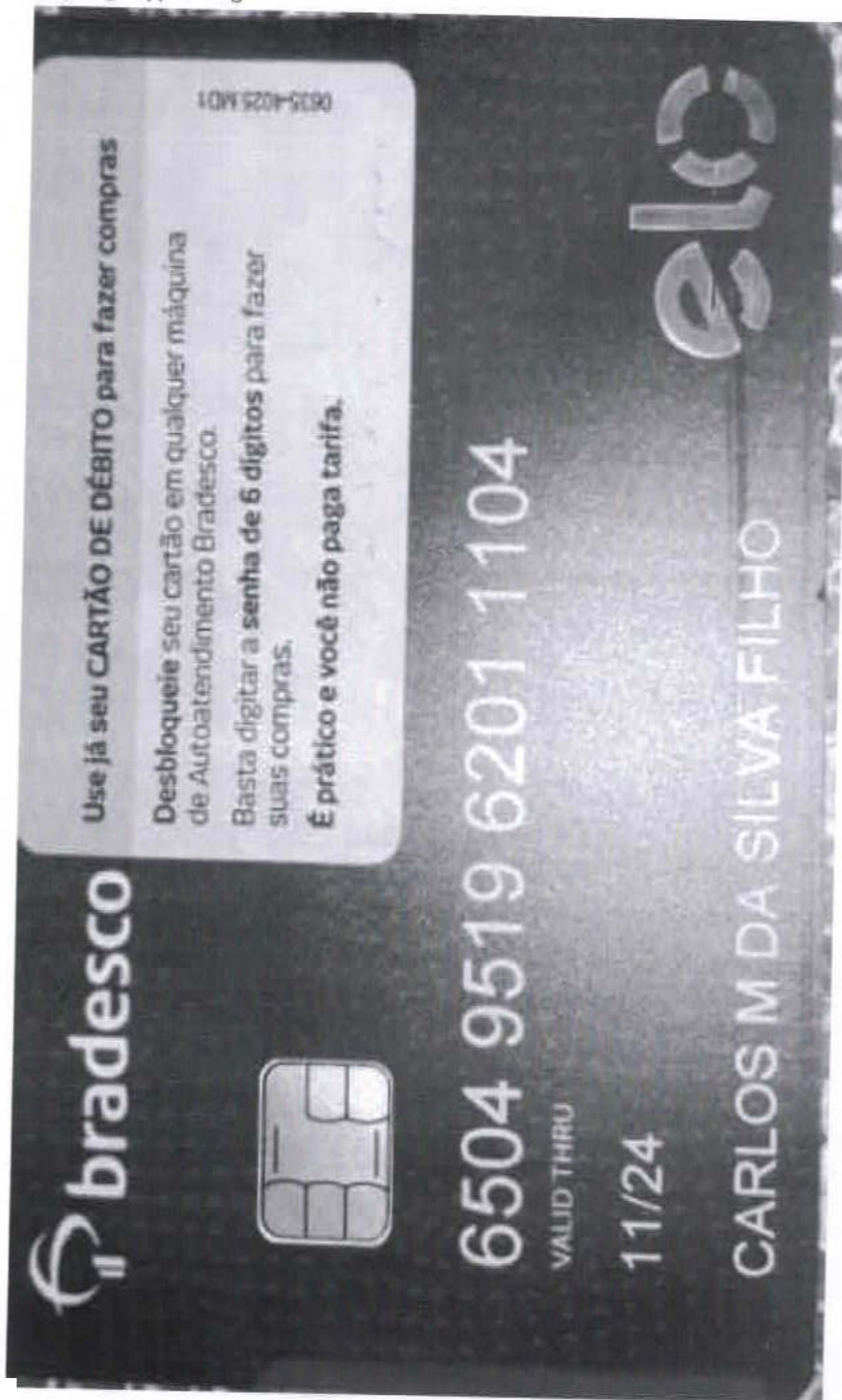
0 JOSEILIA DA SILVA VAREZINHAS - PE
ou seja como Correspondente Bancária do
Banco Bradesco S.A.

Comarca em Brasília

DEPARTAMENTO DE
BANCA 127 0000

001 Boleto: 000430 Hora Boleto: 11:41:56
Terminal: 00000000





 bradesco



6504 9519 6201 1104

VALID THRU

11/24

CARLOS M DA SILVA FILHO

elo

0635-4025 MD1

Use já seu CARTÃO DE DÉBITO para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco.

Basta digitar a senha de 6 dígitos para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.



Scanned by CamScanner



**Lauda 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: 3190666868
Nome do(a) Examinado(a): Carlos Mendes da Silva Filho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 30, 19
Sao Luiz - Buenos Aires - PE - CEP: 55845-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10432878
Data local do acidente: [29/08/2019]
Data local do exame: [30/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM CRANIOPLASTIA E DRENAGEM DE HEMATOMA. EM USO DE FENOBARBITAL E FENITOINA DE FORMA CONTROLADA.
Complicações: DEFICT COGNITIVO COMPORTAMENTAL. EPILEPSIA SECUNDÁRIA SOB CONTROLE MEDICAMENTOSO.
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA. PRESERVADO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICT COGNITIVO COMPORTAMENTAL GLOBAL LEVE.
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 o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE
% do dano: () 10% residual (X) 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 | 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001213

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/11/2019 às 16:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 29/8/2019 no período da Noite

Natureza Jurídica: COLISÃO

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA JOAO TEOBALDO DE AZEVEDO, 1, PRÓXIMO AO ESPETINHO DE SANTOS - Bairro: VILA SAO LUIZ - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)

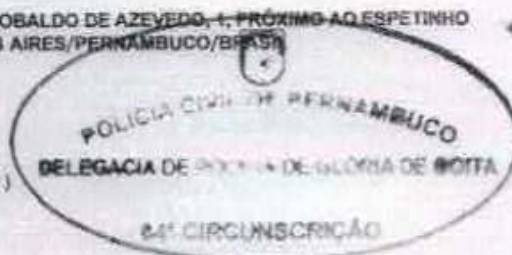
ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA (OUTRO)

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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



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

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA RITA DA SILVA Pai: CARLOS MENDES DA SILVA Data de Nascimento: 1/4/1998 Naturalidade: BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 10432878/SDS/PE (RG); 16791790474 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)

Endereço Residencial: RUA PROJETADE TRINTA, 19, SÍTIO SANTA ANA, SÃO LUIZ, BUENOS AIRES-PE - CEP: 0 - Bairro: VILA SAO LUIZ - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)



Placa: **PEO4529** (PERNAMBUCO/BUENOS AIRES) Chassi: **9C2KC1680BR548987**
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: **ALCOGASOL**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA CITADO PRÓXIMO AO ESPETINHO DE SANTOS, FOI DAR PREFERÊNCIA AOS PEDESTRES E AO SAIR COM A MOTO COLIDIU DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NO SENTIDO OPOSTO OCACIONANDO O ACIDENTE, SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE BUENOS AIRES E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

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

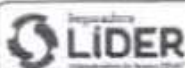
CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
(VÍTIMA)

Carlos Mendes da Silva Filho

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

Severino Evaldo do Nascimento
Corredor Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 16793790474 3 - CPF da vítima: 16793790474 4 - Nome completo da vítima: Carlos Mendonça da Silva Filho

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

5 - Nome completo: Carlos Mendonça da Silva Filho 6 - CPF: 16793790474

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua 30 9 - Número: 39 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Luiz 12 - Cidade: Buenos Aires 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000

15 - E-mail: Recusado 16 - Telefone: 85993046999

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (verifique para os bancos abaixo. Assinale com x ou /)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (verifique os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 3783 CONTA: 31039

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 da 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prescrevimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, reconhecendo, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos:

30 - Vítima deixou resíduo hereditário? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Buenos Aires, 08/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Carlos Mendonça da Silva Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RFS-001 V002/2019

