



Número: **0013877-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>DAILTON SILVA RALF (AUTOR)</b>	<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68692 814	28/09/2020 17:45	<a href="#"><u>2743231_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo: 00138777220208172001**

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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 **DAILTON SILVA RALF**, em trâmite perante este Duto 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:

**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 pericia a qual apurou lesão no punho esquerdo com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$843,75:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoportoadvocados.com.br](http://www.joaoportoadvocados.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 17:45:14  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092817451445200000067368716>  
Número do documento: 20092817451445200000067368716

Num. 68692814 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200075091 Cidade: Igarassu Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: DAILTON SILVA RALF Data do acidente: 24/11/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.2  
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos  
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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

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 punho esquerdo 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.

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 - 28/09/2020 17:45:14  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092817451445200000067368716  
Número do documento: 20092817451445200000067368716

Num. 68692814 - Pág. 2

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\$ 843,75.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 24 de setembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 17:45:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092817451445200000067368716>  
Número do documento: 20092817451445200000067368716

Num. 68692814 - Pág. 3



Número: **0013877-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>DAILTON SILVA RALF (AUTOR)</b>	<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68692 815	28/09/2020 17:45	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200075091**      **Vítima: DAILTON SILVA RALF**

**Data do Acidente: 24/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DAILTON SILVA RALF**

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, contados 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 15515434

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200075091**      **Vítima: DAILTON SILVA RALF**

**Data do Acidente: 24/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DAILTON SILVA RALF**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: DAILTON SILVA RALF**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 237**

**Agência: 000002080-0**

**Conta: 000000508562-4**

**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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do Sinistro ou ASL:	3 - ODS da Vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
045.734.244-69	DALTON SILVA RAJF		

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

## DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - Endereço:	7 - Profissão:	8 - Bairro:	9 - Cidade:	10 - Complemento:
DALTON SILVA RAJF	VICENTE AVENIDA RUMIAS JACERDA 2-A ANDAR 416 CASA	ESTRUTURAIS	Castelo Velho	Castelo Velho	53550-540
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Telefones:
Castelo Velho	Castelo Velho	PE	53550-540	Daltonraje@hotmail.com (81)988641109 (81)3538-0069	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Inclui bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:  CONTA:

Inserir o dígito se existir

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tive 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

## INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de que, efetivamente, não exista, no meu caso, 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 acima aludido, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação acima mencionada, reconhecendo, desde já, em meu submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §2º, declarando que esta autorização não significa a evasão da responsabilidade civil ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

## MORTE

23 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	24 - Se a vítima é menor de 18 anos:	<input type="checkbox"/> Sim								
25 - Se é devidamente autorizada:	<input type="checkbox"/> Sim	26 - Vítima deixou comparsa(s):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:							
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Sim
Vivos:	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Sim		
30 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Vivos	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Vivos	32 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Vivos	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Vivos				
31 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Falecidos	32 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Falecidos	33 - Vítima deixou:	<input type="checkbox"/> Falecidos						

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 cobertura gerar a resarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 790 do Código Penal.

## NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário de alta utilização

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

40 - Local e Data

*Marcelo Augusto Mello Cordeiro*

41 - Assinatura do Vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Data

## TESTEMUNHAS

371930  
0060784/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0123000020**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2020** às **15:55**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **24/11/2019** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUÇAS (BAIRRO), 1** - Bairro: **CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CEMITÉRIO VALE DA SAUDADE**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA ( AUTOR ) AGENTE )  
DAILTON SILVA RALF ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DAILTON SILVA RALF

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

**DAILTON SILVA RALF (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA** Pai: **DILTON CORREIA RALF** Data de Nascimento: **19/5/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5425833/SSP/PE (RG), 04173424469 (CPF), 03340022350 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 86539344**

Endereço Residencial: **TRAVESSA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DAILTON SILVA RALF**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAILTON SILVA RALF**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR 200R** Objeto apreendido: **Não**  
Cor **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KJY2790** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

**VEICULO VW KOMBI (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/KOMBI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**INFORMA O SENHOR DAILTON ,QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NATURALMENTE QUANDO FOI SUPREENDIDO POR UM VEICULO KOMBI QUE APARECEU DE REPENTE EM SUA FRENTE FAZENDO COM QUE O MESMO DESVIARSE DA SUA ROTA E NESSA TENTATIVA PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR AO SOLO JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA,SENDO SOCORRIDO POR PESSOA CONHECIDA PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS,IGARASSU-PB,PELO EXPOSTO VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR O FATO**

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

*Dailton Silva Ralf*

**DAILTON SILVA RALF  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JAIR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3811751**



03/01/2020 17:0



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 17:45:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092817451453000000067368717>  
Número do documento: 20092817451453000000067368717

Num. 68692815 - Pág. 5

# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

## PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/11/2019 08:21

	<b>Nome Paciente:</b> DAILTON SILVA RALF <b>Cód. Paciente:</b> <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> <b>Data de Nascimento:</b> 19/05/1981 <b>Sexo:</b> Masculino <b>Idade:</b> 38 anos <b>Senha:</b> 0066 <b>Convênio:</b> <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> <b>Atendimento:</b> SAME
<b>Período:</b> 25/11/2019 08:44 - 25/11/2019 08:45 <b>MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO:</b> <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>	
<b>Prioridade:</b>	<span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>
<b>Cor:</b>	<span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX VERDE</span>
<b>Queixa Principal:</b>	DOR NO MSE APOS QUEDA DE MOTO ONTEM
<b>Observação:</b>	DM- HAS- ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA TRAUMA
<b>Fluxograma sintoma:</b>	- DOR LEVE (1-3/10) - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H
<b>Especialidade:</b>	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
<b>Sinais Vitais Lidos:</b>	- FREQUÊNCIA CARDIACA: 77,00 BPM - P.A. DISTOLICA: 90,00 MMHG - P.A. SISTOLICA: 160,00 MMHG

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 25/11/2019 08:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAILTON SILVA RALF

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-0

CONTA: 000000508562-4

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO2002202005000000000237020800000050856284375 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 17:45:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009281745145300000067368717>  
Número do documento: 2009281745145300000067368717

Num. 68692815 - Pág. 7

## CAVVA



ESTADO DE SÃO PAULO

DALTON SILVA RALF  
AV. ANANIAS LACERDA DE ANDRA, 418  
CAETES VELHO  
53650-540 ABREU E CLIMA-PE.



2025 RELEASE UNDER E.O. 14176



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 17:45:14  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009281745145300000067368717>  
Número do documento: 2009281745145300000067368717

Num. 68692815 - Pág. 8



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.547.684-00**,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dalton Silveira Ralf,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.734.244-69, de sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima  
Dalton Silveira Ralf, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.734.244-69,  
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência ao endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>	Número	<b>200</b>	Complemento	<b>CASA</b>
		Cidade		Estado	CEP
Bairro	<b>TIMBÓ</b>		<b>PE</b>	<b>53520170</b>	
Email:	<b>balbinospe@hotmail.com</b>			Telefone Comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
				(81) 3538.0069	(81) 98721.5834

Assine o dia 11 de Setembro de 2020  
Antônio Yves Cordeiro de Mello Júnior  
Assinatura do Declarante

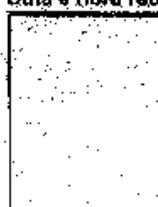


# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/11/2019 08:21



Nome Paciente: DAILTON SILVA RALF  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 19/05/1981  
Sexo: Masculino  
Idade: 38 anos  
Senha: 0056  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 25/11/2019 08:44 - 25/11/2019 08:45

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR NO MSE APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: DM.

HAS-

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)  
- ÉVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 77,00 BPM  
- P.A. DISTOLICA: 90,00 MMHG  
- P.A. SISTOLICA: 160,00 MMHG

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 25/11/2019 08:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





**EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)**

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)**

**EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/GRESS)**

**DESTINO:**

ALTA:  Melhorada

Com Atestado

Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA

LOCAL:

30

SENHA:

ÓBITO

Data:

MARIA LARA GOMES  
ORTOPEDISTA/UMATODIA  
CRMESP 13341

ATESTADO DE ÓBITO

SVO  IML

Médico / Enfermeiro:

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 16 ANO**

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída desta serviço de saúde, assim como tenho  
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que desta ato possam advir.

DATA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

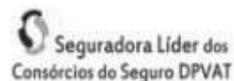
GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS: \_\_\_\_\_



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060784/20

**Vítima:** DAILTON SILVA RALF

**CPF:** 041.734.244-69

**Data do acidente:** 24/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DAILTON SILVA RALF

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

#### DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

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](http://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: 13/02/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 17:45:14  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092817451453000000067368717>  
Número do documento: 20092817451453000000067368717

Num. 68692815 - Pág. 14

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200075091      **Cidade:** Igarassu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAILTON SILVA RALF      **Data do acidente:** 24/11/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.2  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060784/20

**Vítima:** DAILTON SILVA RALF

**CPF:** 041.734.244-69

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/11/2019

**Titular do CPF:** DAILTON SILVA RALF

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

#### DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

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](http://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: 13/02/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

