



Número: **0023585-49.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado       |
|---|-------------------------------------|
| <b>CHRISTIANO DUARTE PEREIRA (AUTOR)</b>                      | <b>CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b> |                                     |
| <b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>       |                                     |

| Documentos |                    |  |                |
|------------|--------------------|--|----------------|
| Id.        | Data da Assinatura | Documento  | Tipo           |
| 71231900   | 18/11/2020 16:14   | <a href="#">2744128_IMPUTACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a> | Petição em PDF |



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

**Processo: 00235854920208172001**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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 perícia a qual apurou lesão no cotovelo esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

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 - 18/11/2020 16:14:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816144889500000069839140>  
Número do documento: 20111816144889500000069839140

Num. 71231900 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200173799 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA Data do acidente: 11/02/2020 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

Data da análise: 14/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.18 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 MODERADO DO COTOVELO 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 cotovelos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
|  |  | Total  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior esquerdo com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO COTOVELO ESQUERDO.**

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

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 - 18/11/2020 16:14:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816144889500000069839140>

Num. 71231900 - Pág. 2

Número do documento: 20111816144889500000069839140

**DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O COTOVELO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO.**

**Em caso de condenação, requer a aplicação da tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 17 de novembro 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 - 18/11/2020 16:14:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816144889500000069839140>  
Número do documento: 20111816144889500000069839140

Num. 71231900 - Pág. 3



Número: **0023585-49.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado       |
|---|-------------------------------------|
| <b>CHRISTIANO DUARTE PEREIRA (AUTOR)</b>                      | <b>CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b> |                                     |
| <b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>       |                                     |

| Documentos   |                    |                                |                    |
|--------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento                      | Tipo               |
| 71231<br>901 | 18/11/2020 16:14   | <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, 13 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200173799** Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Data do Acidente: 11/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

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

**Senhor(a), CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**

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 15770868



01157/01 158 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 16:14:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816144903000000069839141>  
Número do documento: 20111816144903000000069839141

Núm. 71231901 - Pág. 1



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, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200173799      Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Data do Acidente: 11/02/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000005196

Conta: 0000029670-0

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, 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 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: 856.791.604-63 | 4 - Nome completo da vítima: **Mauricio Duarte Pereira**

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

5 - Nome completo:

**Mauricio Duarte Pereira**

6 - CPF: 856.791.604-63

7 - Profissão:

**recurso**

8 - Endereço:

**Rua Engenheiro Ormeia 350**

9 - Número: 350

10 - Complemento:

11 - Bairro:

**Jundiaí**

12 - Cidade:

**Leclife**

13 - Estado:

**SP**

14 - CEP:

**05523-030**

15 - E-mail:

**(51) 9911-1000**

### DADOS CADASTRAIS

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:

REUSO 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 (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)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: 5190

CONTA: 29620

(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 (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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 discorde do seu conteúdo.

### INVALIDEZ PERMANENTE

### MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascido)?  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.

### NÃO ALFABETIZADO

34  
Inscritível  
não  
consegui  
assinar  
não  
alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data:

**Recife 11/11/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

44 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 007ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM - DP7ºCIRC DIM/3ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0097003452

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2020** às **15:25**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **11/2/2020** às **10:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA VISCONDE DE JEQUITINHONHA, 01, PROX AO HOSPITAL DA AERONAUTICA**  
Bairro: **BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **51021-190**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SOARES ( AUTOR ) AGENTE  
P R COMERCIAL MEDICA LTDA ( OUTRO )  
CHRISTIANO DUARTE PEREIRA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SOARES  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

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

**CHRISTIANO DUARTE PEREIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DUARTE PEREIRA** Pai: **VALDIR PEREIRA** Data de Nascimento: **1/5/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3953686/SDS/PE (RG)**  
**85679160463 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 987680062**

Endereço Residencial: **RUA ENGENHO CRIMEIA, 350 - CEP: 51150090 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

P R COMERCIAL MEDICA LTDA (P R COMERCIAL MEDICA) - Ramo de Atividade: **OUTROS**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -  
Documentos: **41102195000168 (CNPJ)**

**SOARES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **P R COMERCIAL MEDICA LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCG8953 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

**VEICULO2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SOARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**VITIMA INFORMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA "AVENIDA VISCONDE DE JEQUITINHONHA", NO VEICULO1, QUANDO, NO CRUZAMENTO (COM A RUA NÃO INFORMADA), O VEICULO2 COLIDIU NA DIREITA DO VEICULO1. VITIMA REFERE QUE FOI**

Digitalizado com CamScanner



ARREMESSADA POR CIMA DO VEÍCULO2 E CAIU NA VIA; QUE MOTORISTA DO VEÍCULO2 SE APROXIMOU, SE IDENTIFICOU (SARGENTO SOARES) E FICOU NO LOCAL ATÉ A VITIMA SER SOCORRIDA. VITIMA RELATA QUE FOI ATENDIDA PELO SAMU (OCORRENCIA: S-747458) E FOI LEVADA PARA "ORTOPEDIA PIEDADE" E, EM SEGUITA, ENCAMINHADA PARA "HOSPITAL ALBERT SABIN" ONDE FICOU INTERNADA POR CINCO DIAS.

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

*Christiano Duarte Pereira*  
CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: KARINE VIANA DE MELO SALES - Matrícula: 320327-1  
(Liberado em 09/03/2020 às 15:53)



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 16:14:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816144903000000069839141>  
Número do documento: 20111816144903000000069839141

Num. 71231901 - Pág. 5





PREFEITURA DO RECIFE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

|       |             |
|-------|-------------|
| Nº DA | 050.02.2020 |
| DATA  | 02.03.2020  |

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**, portador do Documento de Identidade nº **3953686** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **856.791.604-63**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-747458**, que no dia 11 de fevereiro de 2020, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel e moto, por volta das 10h40, na Rua Visconde de Jequitinhonha, imediações entre o Terminal Linha Brigadeiro Ivo Borges e o Hospital da Aeronáutica, no bairro Boa Viagem, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Ortopédica de Piedade.

Recife, 02 de março de 2020.

*Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife*  
*Sérgio Parente Costa*

Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE  
Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE  
CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

Digitalizado com CamScanner



# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05196

CONTA: 000000029670-0

---

Autenticação:

3E053E7C564BD124EA0A0DA199503CB6B922144D1EDF2A2DC9FBEED1C0C73BF3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 16:14:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816144903000000069839141>  
Número do documento: 20111816144903000000069839141

Num. 71231901 - Pág. 8



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA SATURNINO DE BRITO - NUM. - 01099 - CAB  
ANGA RECIFE PE 50090-310

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES DUARTE PEREIRA MATRÍCULA: 54306660 Jan/2020  
R ENGENHO CRIMEIA, N. 00350 - IMBIRIBEIRA RECIFE PE 51150-090  
INSCRIÇÃO: 339.618.196.0391.000 GRUPO:12 DEB.AUTOMATICO: 054306660

| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO  | SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO         | RESIDENCIAL 1               | QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA |
|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|
| HIDRÔMETRO A16N011532 | DATA LEIT. ANTERIOR 06/01/2020 | DATA LEIT. ATUAL 05/02/2020 | TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO                |

ÁGUA:

LEIT ANT: 792 CONSUMO:19  
LEIT ATU: 811  
LEIT FAT: 811

ESGOTO:

LEIT ANT: VOLUME: 19  
LEIT ATU:  
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

|         |    |     |
|---------|----|-----|
| 12/2019 | 22 | /22 |
| 11/2019 | 18 | /18 |
| 10/2019 | 17 | /17 |
| 09/2019 | 14 | /14 |
| 08/2019 | 16 | /16 |
| 07/2019 | 14 | /14 |
| MÉDIA:  | 17 | /17 |

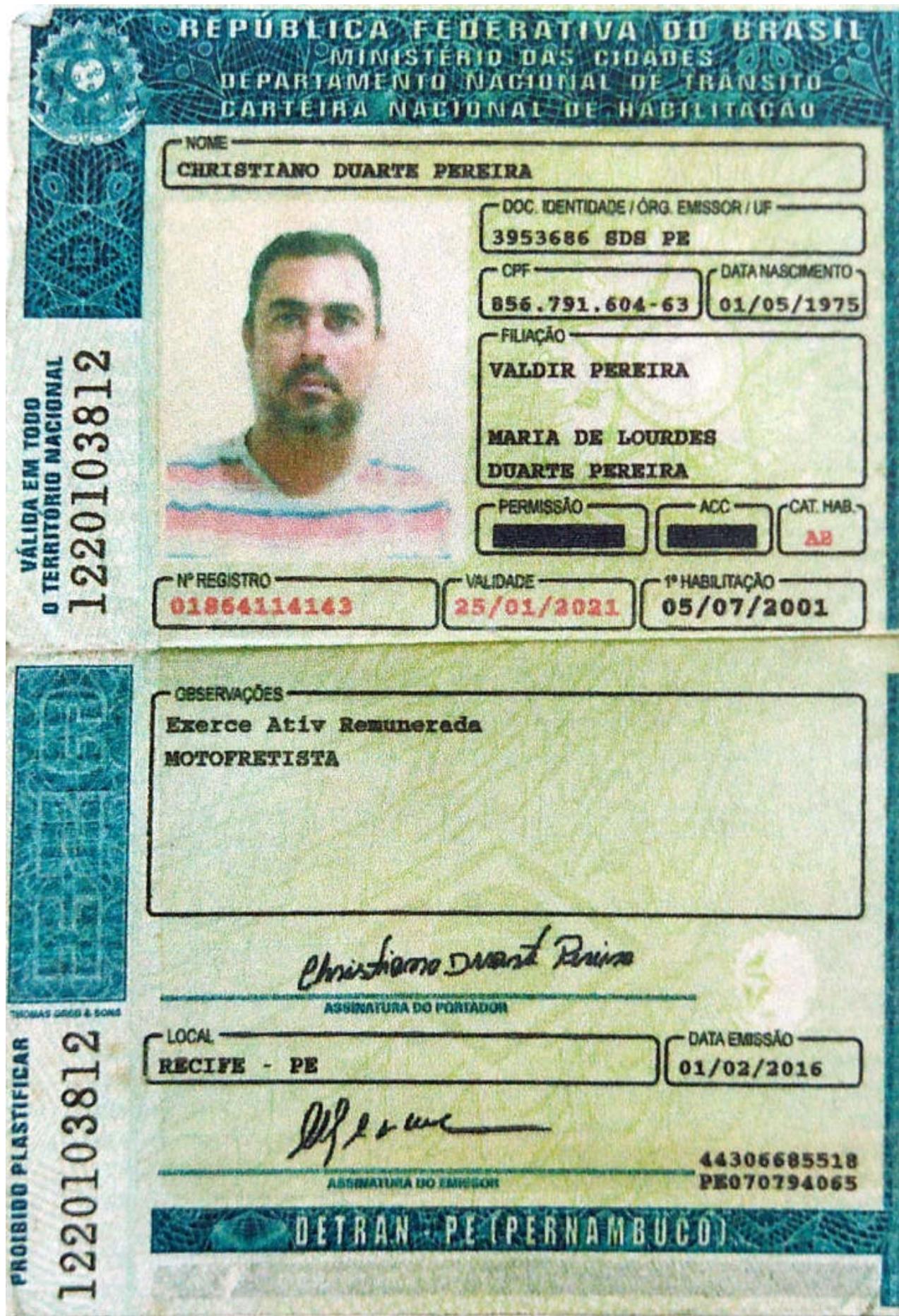
| PARAMETROS     | NÚMERO DE AMOSTRAS         |                     |                    |
|----------------|----------------------------|---------------------|--------------------|
|                | EXIG. PORT.<br>MS 2.914/11 | ANALISES<br>REALIZ. | ATENDEM<br>A LEGIS |
| TURBIDEZ       |                            |                     |                    |
| COR APARENTE   |                            |                     |                    |
| CLORO RESIDUAL |                            |                     |                    |
| COLIF. TOTAIS  |                            |                     |                    |
| E. COLI        |                            |                     |                    |

Qualidade de Água: [www.compresa.com.br](http://www.compresa.com.br)

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

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|------------------------|---------|------------|
|------------------------|---------|------------|





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 16:14:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816144903000000069839141>  
Número do documento: 20111816144903000000069839141

Num. 71231901 - Pág. 10

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200173799      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CHRISTIANO DUARTE PEREIRA      **Data do acidente:** 11/02/2020      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 14/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.18 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 MODERADO DO COTOVELO 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 cotovelos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200173799      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CHRISTIANO DUARTE PEREIRA      **Data do acidente:** 11/02/2020      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 14/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.18 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 MODERADO DO COTOVELO 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 cotovelos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135762/20

**Vítima:** CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

**CPF:** 856.791.604-63

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/02/2020

**Titular do CPF:** CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA 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
- DUT
- Outros

**CHRISTIANO DUARTE PEREIRA : 856.791.604-63**

- 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: 12/05/2020  
Nome: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
CPF: 856.791.604-63

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/05/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 16:14:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816144903000000069839141>  
Número do documento: 20111816144903000000069839141

Num. 71231901 - Pág. 13