



Número: **0035895-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNILDO BARBOSA AQUINO (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67776991	10/09/2020 16:30	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235424

Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNILDO BARBOSA AQUINO

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 15910343





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, 07 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235424

Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDNILDO BARBOSA AQUINO

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. 01211/01212 - carta_02 - INVALIDEZ

00030606



Carta nº 15920162





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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235424

Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDNILDO BARBOSA AQUINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00867/00868 - carta_04 - INVALIDEZ

0080434



Carta nº 15971508





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 ABL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

064.205374-01

Edmundo Barbosa Aguiar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Edmundo Barbosa Aguiar

064.205374-01

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Bairro:

10 - Complemento:

Agricultor

Sítio Esperança

150

com

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Limoeiro

PE

55.100.000

15 - E-mail:

16 - Telefone:

011 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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/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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinale uma das opções**:

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Foi motivo suficiente, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou rastro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Limoeiro, PE 09.06.2020

Edmundo Barbosa Aguiar

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0047001361**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2020** às **10:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **27/2/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, AVENIDA LESTE OESTE (RUA 7) - LAGOA AZUL** - Bairro: **CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERTO PRÉDIOS DA CAIXA**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
EDNILDO BARBOSA AQUINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDNILDO BARBOSA AQUINO**

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

EDNILDO BARBOSA AQUINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA BARBOSA AQUINO Pai: JOSE AQUINO DE LIMA Data de Nascimento: 8/3/1986 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7090316/SDS/PE (RG) Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Fixos: - 81998911048

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 150, SÍTIO ESPERANÇA - ZONA RUAL. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DA IGREJA CATÓLICA**

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

HONDA CG 150 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNILDO BARBOSA AQUINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDNILDO BARBOSA AQUINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PGQ8322** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **587312882** Chassi: **9C2KC1680ER418777**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação



COMPARECEU A ESTÁ DP O SENHOR EDNILDO BARBOSA, INFORMANDO TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO NO DIA 27 DO MÊS DE FEVEREIRO DO CORRENTE ANO, SENDO DESCRITO NO RELATÓRIO HOSPITALAR QUEDA DE MOTO COM APRESENTAÇÃO DE EDEMA E ESCORIAÇÕES E DIAGNÓSTICO DE TCE LEVE. ALEGA TAMBÉM TER SIDO ENCAMINHADO AO HR PARA COMPLEMENTO DE TRATAMENTO. SEGUNDO O NOTICIANTE O MESMO TRAFEGAVA NA VIA QUANDO CHOCOU-SE COM OUTRO VEÍCULO NO CRUZAMENTO. O MESMO NÃO SOUBE PRECISAR DADOS QUE IDENTIFICASSEM O TERCEIRO E NEM DO SEU VEÍCULO, APENAS QUE SE TRATAVA DE UMA MOTOCICLETA SHYNERAY. SEM MAIS, ENCERRO O PRESENTE TERMO.

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

EDNILDO BARBOSA AQUINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HUGO DANILO SILVA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **3997200**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0047001370**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2020** às **16:20**

Complementa o BO Número:

20E0047001361

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/2/2020** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, AVENIDA LESTE OESTE (RUA 7) - LAGOA AZUL - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PERTO PRÉDIOS DA CAIXA
Local do Fato: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS (OUTRO)
EDNILDO BARBOSA AQUINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILDO BARBOSA AQUINO

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

EDNILDO BARBOSA AQUINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA BARBOSA AQUINO Pai: JOSE AQUINO DE LIMA Data de Nascimento: 8/3/1986 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 7090316/SDS/PE (RG) Profissão: MOTOTAXISTA
Telefones Fixos:
- 81998911048

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 150, SÍTIO ESPERANÇA - ZONA RUAL. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DA IGREJA CATÓLICA

MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, SÍTIO ESPERANÇA - ZONA RUAL. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

HONDA CG 150 FAN (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS, que estava em posse do(a) Sr(a): EDNILDO BARBOSA AQUINO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

file://C:\Users\inv\infopol\xml\BOEPreview.html

09/06/2020

Digitalizado com CamScanner



Placa: PGQ8322 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 587312882 Chassi: 9C2KC1680ER418777
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL

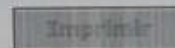
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTÁ DP O SENHOR EDNILDO BARBOSA, INFORMANDO TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO NO DIA 27 DO MÊS DE FEVEREIRO DO CORRENTE ANO, SENDO DESCRITO NO RELATÓRIO HOSPITALAR QUEDA DE MOTO COM APRESENTAÇÃO DE EDEMA E ESCORIAÇÕES E DIAGNÓSTICO DE TCE LEVE. ALEGA TAMBÉM TER SIDO ENCAMINHADO AO HR PARA COMPLEMENTO DE TRATAMENTO. SEGUNDO O NOTICIANTE O MESMO TRAFEGAVA NA VIA QUANDO CHOCOU-SE COM OUTRO VEÍCULO NO CRUZAMENTO. O MESMO NÃO SOUBE PRECISAR DADOS QUE IDENTIFICASSEM O TERCEIRO E NEM DO SEU VEÍCULO, APENAS QUE SE TRATAVA DE UMA MOTOCICLETA SHYNERAY. SEM MAIS, ENCERRO O PRESENTE TERMO.

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

EDNILDO BARBOSA AQUINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: HUGO DANILO SILVA DE OLIVEIRA - Matrícula: 3997200





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do contrato ou ADI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

064.205374-01

Edmundo Barbosa Aguiar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

Edmundo Barbosa Aguiar

6 - CPF:

064.205374-01

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Esperança

9 - Bairro:

150

10 - Complemento:

com

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Limoeiro

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.100.000

15 - E-mail:

16 - Telefone:

011 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinale uma das opções**:

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Foi motivo suficiente, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou rastro/parentesco?

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Limoeiro, PE 09.06.2020

Edmundo Barbosa Aguiar

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 096517 CLASSIFICAÇÃO AMARELO Nº Ocorrência: 00234290

Nome: EDNELDO BARBOSA AQUINO Idade: 33 Anos 15 Meses 16 Dias CNIS: 8900000837293 Est. Civil: SOLTEIRO
End.: SÍTIO ESPERANÇA Nº: Nascimento: 06/03/1983 CEP: 55700000 Bairro: ZONA RURAL
Mãe: MARIA BARBOSA AQUINO Doc nº: 7090356 505 PE Nacionalidade: Cor/Raça: BRANCA
Pai: JOSÉ AQUINO DE LIMA Acom.: 0 MESMO Sexo: MASCULINO
Prof.: AGRICULTOR Telefone: 81 99911048 Município: Limoeiro

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

QUEDA DE MOTO, APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÃO EM NHEI. REFERE TAMBÉM TER "TUDO TUALMA NA REGIÃO LATERAL DA CABEÇA.

Procedência:

Residência

Doenças preexistentes: NEGA

Réguas de dor:

Pré-consulta:

Intolerância/Alerg.: BENZETACIL

Parâmetros: PA: 75/12 FC: 80 R: T:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica:

Duração da dor:

Dor presente:

Irradiação:

Edemas:

Observações:

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 1º OFÍCIO DE LIMOEIRO

Atestamos que a presente cópia é a reprodução fiel do original que foi apresentado, no qual autenticamos a assinatura de Edneldo Barbosa Aquino, nascido em 06/03/1983, residente em Sítio Esperança, Zona Rural, Limoeiro, PE, CEP 55700-000.

Realizada em 15/02/2020 às 13h15min, no 1º Ofício de Limoeiro, PE, sob a guarda do Tabelião de Notas, Dr. Bruno Santos Crêmer, OAB/PE 2017.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em 10/09/2020 às 16:30:32.

Número do documento: 20091016303223300000066479328

Últimas Ocorrências	Data:	Hora:	Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos
	08/11/2017	10:01	00026980	HIPEREMIA DE FACE, CERVICALGIA.
	05/11/2017	08:26	00026242	REFERE CEFALÉIA INTENSA E DOR EM COLUNA CERVICAL HÁ +- 4 DIAS.
	31/10/2017	18:11	00025761	REFERE FEBRE E CEFALÉIA HÁ +- 3 DIAS.

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
Queixa de acidente de moto há 15 minutos. Estava com capacete negro desmaiou os membros. Refere dor em cabeça e reladuras nas pernas. As mães: LORE, BEB. História: mágica em região parietal. E - reladura em joelho ES, para D. EF Normal!	1) SFO, 5% 500ml EV. 2) Dipirona 0,5g/ampola 1ml 3) Observação. 4) Lavagem de reladuras 5) Enalapril 10mg VO Agora 6) Comunicar alterações de nível de consciência. DSFO, 5% 500ml EV.

Exames complementares	Impressão diagnóstica
	Fratura TCC leve. Dr. Bruno Santos Crêmer 2017

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

<input type="checkbox"/> Curativo	Técnico / Coren	Atendimento Médico	Médico / CRM
<input type="checkbox"/> Nebulização	Magna Maria de Santana	<input type="checkbox"/> Urgência	
<input type="checkbox"/> Adm. de medicamento	Coren-PE 001.072.389-TE	<input type="checkbox"/> Obs. até 24 hs	
<input type="checkbox"/> Retirada de ponto		Horário: :	

Cód procedimento			
Técnico / Conselho			
Horário			

DATA: 27/02/2020 13:37:03 RECEPCIONISTA: EDSON JOSE ROQUE DA SILVA

TRIAGEM: NATALIA DE SOUZA FERREIRA

Neuralgia

18:00h

• Glasgow 15 •

Pesa pouco, q. acordado
Na-ja muito

Paciente apresenta q. queixa de dor no corpo
p/ apresentação anterior no m/ de compressão
durante o diagnóstico.

Dr. Alessi Nogueira
Médico
CRM-PE 13.024



Neuralgia por com

Dr. Alessi Nogueira
Médico
CRM-PE 13.024



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: EDNILDO BARBOSA AQUINO	PRONTUÁRIO: 1714819	ATENDIMENTO: 01557626
DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1986	FOI ATENDIDO EM: As	
	DATA DA ALTA: 06/03/2020 AS 18:31	

Diagnóstico Provável:

1. TCE
2. HED TEMPORAL ESQUERDO

Tratamento Realizado:

DRENAGEM DE HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ESQUERDA

Observação:

PCT EVOLUIU ESTAVEL, AFEBRIL, ECG 15, SEM DEFICIT MOTOR OU SENSITIVO APARENTE, FERIDA OPERATORIA LIMPA SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

Encaminhado para:

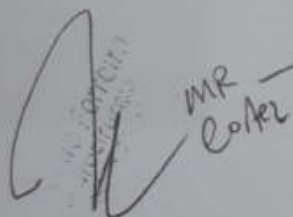
1. AMBULATORIO DE DR. LUIZ EURÍPEDES EM 30 DIAS
2. RETIRO DE PONTOS EM 10 DIAS NO POSTO DE SAÚDE.

BIDANSANTA NA ISNA - CRM: N° 27547

Recife, 06, MARÇO, 2020

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.



MR. Cordeiro

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento 1714819

Nome EDNILDO BARBOSA AQUINO

Foi atendido às 18:31 hs. do dia 02 / 03 / 2020

Diagnóstico Provável

- ① TIE
- ② Hematoma Epidural Temporal Esquerdo

Tratamento Realizado

Drenagem de Hematoma epidural temporal Esquerdo

Observação

Pct Evoluic Estável
Afebril, ECG, S, sem déficit
Motor ou sensível diferente. Fenda
Operatória limpa sem sinais de
infecção

Cópia de

Uniscia Fagundes
Médico CRM Nº 12571

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Contratação de tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 042012 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

024 0157



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

EDILDO BARBOSA AQUINO

DOC. IDENTIFICADOR / DATA EMISSÃO / UF
7890316 RDB PE

CPF / DATA NASCIMENTO
064.905.574-01 09/03/1986

PAZ
JORN AQUINO DE LIMA
MARIA BARBOSA AQUINO

PERMISSÃO / RAC / CAT. RPA
PERMISSÃO RAC RAC 03

UF REGISTRO / VALIDADE / 1ª HABILITAÇÃO
PE057517202 29/12/2021 08/06/2017

OBSERVAÇÕES
 X

Edildo Barbosa Aquino
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LÍNGUA / DATA EMISSÃO
LIMPOIRO, PE 15/06/2018

[Assinatura]
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO TITULAR

34259418884
PE066485270

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1676671893

PROIBIDO PLASTIFICAR
1676671893



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
Nº 015768333081
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2020

1 587312002

MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS

LIMOEIRO-PE

100.694.094-47

9C2KCL600ER418777

ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI

2013

PRETIA

1 1PVA 2020 QUITADO

1 1 1

10 10 0.05 12.30 11/02/20

SEM RESERVA

LIMOEIRO-PE

02/02/20

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015768333081 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA NATALIA BEZERRA FARIAS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

LIMOEIRO-PE

100.694.094-47

HONDA/CG150 FAN ESDI

9C2KCL600ER418777

PRÊMIO TARIFÁRIO

3.55 0.41 4.05

4.15 0.05 12.30

11/02/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.884/0001-24

**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: 3200235424
Nome do(a) Examinado(a): Ednildo Barbosa Aquino
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Esperança, 150
Zona Rural Limoeiro PE CEP: 55700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7090316
Data local do acidente: [27/02/2020]
Data local do exame: [17/07/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE COM HEMATOMA EPIDURAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL OU VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA DE AÇÃO NEUROLÓGICA.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
(X) "Sem seqüela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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.
Vítima sem seqüela.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235424 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO **Data do acidente:** 27/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EPIDURAL

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL OU VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA DE AÇÃO NEUROLÓGICA

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235424 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNILDO BARBOSA AQUINO **Data do acidente:** 27/02/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EPIDURAL

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL OU VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA DE AÇÃO NEUROLÓGICA

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO, NÃO FEZ FISIOTERAPIA EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

