



Número: **0041499-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IRINALDO DE SOUZA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68312 693	21/09/2020 17:33	<a href="#">ANEXO 1</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, 19 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190707959**

**Vítima: IRINALDO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 15/01/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA**

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 15263995

Pag. 01613/01614 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020807





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 Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190707959**      **Vítima: IRINALDO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 15/01/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA**

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.

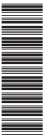
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00271/00272 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030136



Carta nº 15301514





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, 17 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190707959**

**Vítima: IRINALDO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 15/01/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **IRINALDO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000057725-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01753/01754 - carta\_15R - INVALIDEZ



# 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: 328.104.154-04 4 - Nome completo da vítima: Trinaldo de Souza

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

5 - Nome completo: Trinaldo de Souza 6 - CPF: 328.104.154-04  
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua Paulino Pires 9 - Número: 90 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Mandacaru 12 - Cidade: Gravatá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55646-090  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (81) 992582084

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 57725 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (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 teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
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, Gravatá, 23/09/19  
Trinaldo de Souza  
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  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181001562**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **11:08**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **15/1/2017** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SITIO JATÓBA, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE COSTA DE ARRUDA ( NOTICIANTE )  
IRANILDO DE SOUZA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE COSTA DE ARRUDA



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

**JOSE COSTA DE ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DA COSTA DE ARRUDA Pai: HELENO LUIS DE ARRUDA Data de Nascimento: 2/10/1984 Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7104490/SDS/PE (RG) 06256407482 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, , SITIO JATOBÁ, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**IRANILDO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARQUES DE SOUZA Pai: JOSE MARIA DE SOUZA Data de Nascimento: 25/7/1960 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2337091/SDS/PE (RG) 32810415404 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 90, RUA PAULINO PAES, VILA DE MANDACARU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

11/09/2019 11:16



**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**

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

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYT0922** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **1028574239** Chassi: **9C2KC1680FR524769**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

O SENHOR JOSE COSTA DE DE ARRUDA PASSA A DECLARAR QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA TENDO COMO GARUPA O SENHOR IRANILDO DE SOUZA, QUE AMBOS TRAFEGAVAM PELA ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SÍTIO JATOBÁ, ÁREA DE SAIRE -PE. QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) QUE ATRAVESSOU A ESTRADA CORRENDO; QUE, AMBOS CONDUTOR E GARUPA CAIRAM AO CHÃO, SENDO QUE O SENHOR JOSE COSTA DE ARRUDA TEVE APENAS PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VITIMA IRANILDO DE SOUZA FICOU LESIONADO E PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL MAIS PROXIMO, (HOSPITAL DR. PAULO VEIGA PESSOA) NA CIADE DE GRAVATÁ-PE, CONFORME REGISTRO DE Nº 166785, ASSINADA PELO MEDICO DR. WILSON DE OLIVEIRA, CREMEPE 7803, E DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE COM REGISTRO DE Nº 263.223, DOCUMENTAÇÕES ESTAS APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA. NADA MAIS A DECLARAR.

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

*Jose Costa de Arruda*

**JOSE COSTA DE ARRUDA**  
(NOTICIANTE)

**IRANILDO DE SOUZA**  
(VITIMA)

*Iranildo de Souza*

B.O. registrado por: **CICERO ABÍLIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



11/09/2019 11:16





# 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: 328.104.154-04 4 - Nome completo da vítima: Trinaldo de Souza

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

5 - Nome completo: Trinaldo de Souza 6 - CPF: 328.104.154-04  
7 - Profissão: Caroneiro 8 - Endereço: Rua Paulino Pires 9 - Número: 90 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Mandacaru 12 - Cidade: Gravatá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55646-090  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (81) 992582084

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 57725 0 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (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 teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
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, Gravatá, 23/09/19  
Trinaldo de Souza  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: IRINALDO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000057725-0

---

---

Nr. da Autenticação 8FEE6A3B2DB2264E





Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.416 de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - Pernambuco - CEP 51050-903  
 CNPJ 10.835.822/0001-28 | Lic. Exp. 2025/40-51 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 SOCORRO MARIA DOS SANTOS

**ENDEREÇO DO UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA PALMIRA PAES 90

CPF 184.409.304-15 Nº 18578294066

MANDACARI/MANDACARI  
 JUAZEIRO PE  
 55040-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 BT RESIDENCIAL  
 SAZIA RENDIA ODANIS  
 MONTABACO

CONTA CONSUMO	0167154034	MÊS	02/2017
DATA DE VENCIMENTO	17/02/2017	DATA DE CANCELAMENTO	14/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	5,20		

Nº DA NOTA FISCAL	014.943	DATA	10/02/2017
ABREVIATURA	1002/2017	Nº DA CLIENTE	2000001718
		Nº DA REGISTRAÇÃO	030892

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,0000000	0,15234973	4,56
Contribuição Iluminação Pública			0,84
Compensação DTC Anual 2016			-0,20
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>5,20</b>

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONTAS	CONSTATANTE	ALISTE	CONSUMO (KWH)
1718	BT	10/01/2017	16.980,00	10/02/2017	19.371,26	26	1,00000		1,39

MÊS	CONSUMO	TARIFAS APLICADAS	VALOR
FEV 17	30	Consumo Abaixo de 30 kWh	0,15234973
JAN 17	30		
DEZ 16	30		
NOV 16	30		
OUT 16	30		
SET 16	30		
AGO 16	30		
JUL 16	30		
JUN 16	30		
MAI 16	30		
ABR 16	30		
MAR 16	30		
FEV 16	30		

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 Na data de emissão esta nota fiscal está em vigor a tarifa social de energia elétrica para consumidores com consumo mensal inferior a 30 kWh. A tarifa social de energia elétrica foi instituída pela Lei nº 10.416 de 26/04/2002, regulamentada pelo Decreto nº 6.754 de 22/05/2006, e o cliente é considerado beneficiário desde que não tenha sido cancelado ou suspenso o fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter em seu domicílio o medidor de energia elétrica e o contrato de fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter em seu domicílio o medidor de energia elétrica e o contrato de fornecimento de energia elétrica.

Valor	De	Para	Valor	Valor	Valor
14,00	10/02/17	5,70	21,92	13,01	8,91
20,00	12/02/17	7,70	27,70	17,71	10,00
18,00	14/02/17	7,70	25,70	15,71	10,00
Outros	Outros	30,27	18,00	12,27	6,73

CLASSIFICAÇÃO	NÍVEL ANUAL	LIMITE NORMAL	LIMITE INTERMITENTE	LIMITE ANUAL
BT	0,00	6,67	11,34	22,68
BT	0,00	3,34	5,67	11,34
BT	0,00	3,34	5,67	11,34



S. Amarelo

HOSPITAL Geral de Gravatá Dr. Paulo da Veiga Pessoa  
SOUTO MAIOR, NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, Gravatá - PE  
CEP: 55642-250, Fone: (81) 3533-0423 | (81) 3533-0423



*1º Foto de S. Amarelo*  
*R. S. Amarelo*  
*17/01/2017*  
*Cópia do original*

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 166785	Data e Hora do Atendimento 15/01/2017 20:24	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada RECEPÇÃO GERAL
------------------------------	--	--	------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000129169 IRINALDO DE SOUZA  
 CNS: Nascimento: 25/07/1960 Idade: 56 Sexo: Masculino Cor: Sem informação  
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: Nacionalidade: Brasileiro  
 Documento: Ignorado Filiação: SEVERINA MARQUES DE SOUZA  
 JOSE MARIA MARQUES DE SOUZA  
 Endereço (Av., Rua, etc): PAULINO PARS 90 Complemento:  
 Bairro: MANDACARU Cidade: GRAVATA UF: PE Telefone:  
 Acompanhante: GENRRO  
 Ocorrência:  
 Procedência: ZONA RURAL Acidente de trabalho: Sim  Não   
 Dados da triagem Meio de Transporte:

*At. com modo em*

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM:

Queixa Principal: *Transtorno do julgamento*  
*Sua mãe independente*

Evolução:

*Estabilidade*  
*Cuidado de S. Amarelo*  
*Adaptado de S. Amarelo*

*Wilson de Oliveira Brito*  
 Méc. CRM: 17001





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o  
Sr. (a) Irinaldo de Souza  
Esteve internado nesta Unidade Hospitalar, nos dias ;16/01/2017 a 03/02/2017

REGISTRO: 263.223

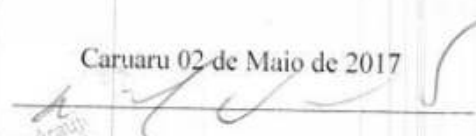
Diagnóstico: Fratura de Fêmur .

Tratamento: Cirúrgico.

OBS : CID: s82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Maio de 2017

  
Setor de arquivo (same)

Alexsandro da Silva Araújo  
Setor de Arquivo - SAJE do HRA  
Matrícula: 13450

00-794 975/0269-27  
FUNAM - HRA - Hospital Regional  
24 11 133  
R. 2 de Maio, 133  
Instituição: Hospital Regional  
Caruaru - PE



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Rivaldo do Souza

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Ornada de dist  
e fratura em  
1 distal de  
3  
coxa D. Osteorri-  
tese. ver Rx  
iniciar fisio-  
pio. alguns  
manter o apoio  
do membro  
por 90 (noventa) dias.  
trabalhos mais  
autonomos - sic.  
2014

Data

01/09/2014

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício.  
Eleida Monteiro de Souza  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 10960

1º Lugar

2º Concurso 89



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

APÓS

Nome: Rivaldo Souza

Prontuário: 263223

Data: 31/01/2017 Hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: fract. fev

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Cura

TRATAMENTO REALIZADO:

\_\_\_\_\_

Alta Hospitalar: Data: 31/01 Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Nilton Pereira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 10867

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

AP03

Nome: IVALDO SOUZA

Prontuário: 263223

Data: 16/01/2017

Hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

fract. fev

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

cur

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Milton Pereira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 10869

Alta Hospitalar: Data: 3/2/17

Hora: 12

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo







Prefeitura de  
**GRAVATÁ**

A cidade cresce com a gente

### Secretaria de Saúde

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr. Antonio  
José de Santana, é portador de uma sub-  
normal (V2 sombras) além de sequelas de  
Artrite reumatoide nas mãos além de osteo-  
artroses em quase toda a coluna óssea. De-  
ambula com dificuldade um o suporte de  
benzoflex. Pelas razões acima o mesmo  
não tem as mínimas condições laborativa  
sendo assim o mesmo solicita ser classifi-  
cado por Invalidez (CID H54, H49.5, H20)

30/04/15

Frederico Marcos F. Amorim  
Médico Clínico  
CRM 4261

### Sugestão, Reclamação, Elogios

Rua XV de Novembro, 121 - Nossa Senhora das Graças - Gravata - PE  
Fone: 3563-9024 - e-mail: ouvidoriasus@prefeituradegravata.pe.gov.br



**ATESTADO MÉDICO**  
**NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO CPM N° 1851/2008**

Declaro para os devidos fins que o(a)Sr(a).

Bran Flávia Ferreira

É portador(a) da seguinte patologia (CID 10):

A30

Data de início da doença:

Há 1 ano e 6 meses

Com as seguintes conseqüências para a saúde do paciente:

Limitação a caminhada, perda de força de  
membranas inferiores

A incapacidade que acomete o paciente é (permanente/temporário, total/parcial):


Permanente parcial

No caso de incapacidade temporária o prazo para a recuperação do paciente é de:

Assinatura e Carimbo do Médico

( CRM n° \_\_\_\_\_ )

Em 28 / 10 / 2016

  
Augusto César Da Cunha  
Médico  
CRM/PE / 23333



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.337.091 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2017

NOME << IRINALDO DE SOUZA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MARIA DE SOUZA >>  
<< SEVERINA MARQUES DE SOUZA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 25/07/1960

DOC. ORIGEM << CC. 32.345 L.858 F.238 CART. RECIFE-PE 06.01.1993 >>

CPF 328.104.154-04

ASSINATURA: Irinaldo de Souza  
 ANO PRODUÇÃO: C.C. Alameda  
 LEI Nº 7.116 DE 2008/03 F/6 165/6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO THAVARES REBEL

09-451

IRINALDO DE SOUZA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 328.104.154-04

Nome IRINALDO DE SOUZA

Nascimento 25/07/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

18 DEZ 2019

PROTOCOLO



Sistema Único de Saúde

IRINALDO DE SOUZA

Data Nascimento: 25/07/1960 Sexo: M

700 2054 7668 8725

Ministério da Saúde

Ministério da Saúde

Ministério da Saúde

SUS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 328.104.154-04

Nome IRINALDO DE SOUZA

Nascimento: 25/07/1960

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Saúde

Cartão Nacional de Saúde

SUS

Cartão do Usuário

CÓDIGO DE CONTROLE

F19B.FF72.E688.6321

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:59:46 do dia 09/08/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

18 DEZ 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 012213758532  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1028574239 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2017

JOSE COSTA DE ARRUDA

RECIFE-PE 0

CPF / CNPJ 062.564.074-92 PLACA CYT0922

PLACA ANT. UF \*\*\*\*\* / PE Nº CHASSI 9C2KC1680FR524769

ESPECIE TIPO FAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP. POT. DE 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC CULOR PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS 1º \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º \*\*\*\*\*  
 A 1 \*\*\*\*\* 3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO PAGO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

RECIFE DATA 02/02/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
 Diretor-Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 012213758532 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE COSTA DE ARRUDA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 02/02/17

VIA 1 CPF / CNPJ 062.564.074-92 PLACA CYT0922

RENAVAM 1028574239 MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2014 CAT. DIR. 09 Nº CHASSI 9C2KC1680FR524769

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

**SEGUROADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.600/0001-04

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT  
 ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO.



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190707959 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IRINALDO DE SOUZA **Data do acidente:** 15/01/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 1/3 distal do fêmur direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame apresentando marcha claudicante, com hipotrofia do quadríceps direito com encurtamento do membro com rigidez em semi flexão do joelho direito.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com placa e parafusos para redução da fratura.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458410/19

**Vítima:** IRINALDO DE SOUZA

**CPF:** 328.104.154-04

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 15/01/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IRINALDO DE SOUZA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### IRINALDO DE SOUZA : 328.104.154-04

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: 18/12/2019  
Nome: IRINALDO DE SOUZA  
CPF: 328.104.154-04

IRINALDO DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS





**Laudo 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: **3190707959**

Nome do(a) Examinado(a): **IRINALDO DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA PAULINO PAES, 536 - Mandacaru - Gravatá - PE - CEP 55646-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **2337091**

Data e local do acidente: [ **15/01/2017** ] **Sairé**

Data e local do exame: [ **03/01/2020** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura do 1/3 distal do fêmur direito.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame apresentando marcha claudicante, com hipotrofia do quadríceps direito com encurtamento do membro com rigidez em semi flexão do joelho direito.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com placa e parafusos para redução da fratura.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Limitação funcional do membro inferior direito*

**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 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

( ) "Sem sequela 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andrea R. Madeira  
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

