



Número: **0014929-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDUARDO JOSE DE MELO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68593120	25/09/2020 15:50	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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033051

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO JOSE DE MELO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **EDUARDO JOSE DE MELO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002191**

Conta: **000984680065-2**

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.

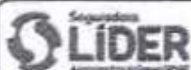
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 686.917.184-04 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

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

5 - Nome completo: EDUARDO JOSE DE MELO 6 - CPF: 686.917.184-04

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA FERRA FERIDA 9 - Número: 06 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CRUZ DE REBOÇA 12 - Cidade: JGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620-123

15 - E-mail: RECUSA 16 - Telefone: 81985492354

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 9191 CONTA: 984680065 2

(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe 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 (selecione uma das opções):

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

Pelo motivo acima, 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 não submeter à avaliação médica as contas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogatória

36 - CPF legível de quem assina a rogatória

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JGARASSU 03 DE DEZEMBRO DE 2019

X EDUARDO JOSE DE MELO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033051

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO JOSE DE MELO

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 15407446





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DR30ªCIRC DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0120001788**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2019** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **6/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ACERRA, 1 - Bairro: ELDORADO - ITAMARACÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IRMAI LOPES DE MOURA (OUTRO)
EDUARDO JOSÉ DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DE MELO**

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

EDUARDO JOSÉ DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA SEVERINA DE MELO Pai: SEVERINO JOSÉ DE MELO Data de Nascimento: 27/7/1969 Naturalidade: SÃO LOURENÇO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 50763100/SSP/PE (RG), 68691718404 (CPF), 05056270199 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares: - 985713414

Endereço Residencial: **RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRMAI LOPES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA FRANCISCA DE MOURA Pai: JURANDIR LOPES DE MOURA Data de Nascimento: 21/1/1979 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5434010/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Endereço Residencial: RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): IRMAI LOPES DE MOURA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDUARDO JOSÉ DE MELO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKB3201 (PERNAMBUCO/IGARASSU)** Renavam: **192052292** Chassi: **9C2JC4230AR106092**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação



VEIO A ESTA DEPOL A VÍTIMA INFORMAR QUE NO DIA 06/10/2019 CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI DESCRITA PELA RUA ACERRA, BAIRRO DA BAIXA VERDE, ITAMARACÁ QUANDO A CORRENTE DO VEÍCULO CAIU E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, QUE APÓS A QUEDA A VÍTIMA FOI PARA CASA E POR SENTIR MUITAS DORES NO BRAÇO DIREITO PROCUROU A UPA DE IGARASSU NO DIA SEGUINTE E APÓS ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Eduardo José de Melo
EDUARDO JOSÉ DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LEANDRO CINTRA BEZERRA** - Matrícula: 273001-4

[Assinatura]
LEANDRO CINTRA BEZERRA
AGENTE DE POLÍCIA
CHEFE ADMINISTRATIVO
Matrícula - 273001-4



22/11/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC DIW/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0120001788**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2019** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **6/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ACERRA, 1 - Bairro: ELDORADO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IRMAI LOPES DE MOURA (OUTRO)
EDUARDO JOSÉ DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DE MELO**

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

EDUARDO JOSÉ DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA SEVERINA DE MELO Pai: SEVERINO JOSÉ DE MELO Data de Nascimento: 27/7/1969 Naturalidade: SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 50763100/SSP/PE (RG), 68691718404 (CPF), 05056270199 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares: - 985713414

Endereço Residencial: **RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRMAI LOPES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA FRANCISCA DE MOURA Pai: JURANDIR LOPES DE MOURA Data de Nascimento: 21/1/1979 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5434010/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Endereço Residencial: RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IRMAI LOPES DE MOURA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDUARDO JOSÉ DE MELO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKB3201** (PERNAMBUCO/IGARASSU) Renavam: **192052292** Chassi: **9C2JC4230AR106092**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49

22/11/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

VEIO A ESTA DEPOL A VÍTIMA INFORMAR QUE NO DIA 06/10/2019 CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI DESCRITA PELA RUA ACERRA, BAIRRO DA BAIXA VERDE, ITAMARACÁ QUANDO A CORRENTE DO VEÍCULO CAIU E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, QUE APÓS A QUEDA A VÍTIMA FOI PARA CASA E POR SENTIR MUITAS DORES NO BRAÇO DIREITO PROCUROU A UPA DE IGARASSU NO DIA SEGUINTE E APÓS ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Eduardo José de Melo.
EDUARDO JOSÉ DE MELO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: LEANDRO CINTRA BEZERRA - Matrícula: 273001-4


LEANDRO CINTRA BEZERRA
AGENTE DE POLÍCIA
CHEFE ADMINISTRATIVO
Matrícula - 273001-4





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 686.917.184-04 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

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

5 - Nome completo: EDUARDO JOSE DE MELO 6 - CPF: 686.917.184-04
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA FERRA FERREIRA 9 - Número: 06 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CRUZ DE REBOÇA 12 - Cidade: IGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620-123
15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel (DDD): 81985492354

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 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 (converte para os bancos atuais. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (bancos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0191 CONTA: 984680065 2 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 (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 nascituro(a) nascido(a)? ☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação 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 roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: IGARASSU 03 DE DEZEMBRO DE 2019

X EDUARDO JOSE DE MELO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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:	30/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO JOSE DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000984680065-2

Nr. da Autenticação E7D233922BE91676





CELPE

A

838800000003 232900110075 011272503105 144174267132



00535014



PC-00

SONIA MARIA LINS DE SOUZA
R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338
CENTRO
53610-433 IGARASSU - PE

271019

Postagem: 27/10/2019
Vencimento: 11/11/2019
Emissão: 26/10/2019
Fechamento próxima fatura: 26/11/2019

Titular **SONIA MARIA LINS DE SOUZA**
Cartão **5358.XXXX.XXXX.0568**

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melho

encimento



RECIFE PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-53



CELPE

Ag

DADOS DO CLIENTE! IRAMAI LOPES DE MOURA		DATA DE VENCIMENTO 04/12/2019		DATA 27/
ENDEREÇO RUA FERA FERIDA 6 -CENTRO/CRUZ DE REBOUCAS -53620-123 IGARASSU PE -		TOTAL A PAGAR R\$ 23,29		DATA 27/
PERÍODO CONSUMO 28/10/2019 a 27/11/2019		CONSUMO 48		NÚME 086
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PA		
Destaque aqui				
CONTA CONTRATO 7011272503	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 23,29	VENCIMENTO 04/12/2019	

838800000003 232900110075 011272503105 144174267132





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-032-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECANET/DOCORIGINALASPK?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.760.234, 132, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDUARDO JOSE DE MELO inscrito (a) no CPF sob o nº 686.917.184, 04

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima A MESMA

inscrito (a) no CPF sob o nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO MELO</u>	Número:	<u>338</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>JGARASSU</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>RECUSA</u>	CEP:	<u>5360433</u>	Tel. (DDD):	<u>81985492354</u>

Local e Data: JGARASSU 03 DE DEZEMBRO DE 2019

Hanse Lindbergh Lins de Souza
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Atendimento: 1140027

Senha da Classificação:

Data e Hora: 07/10/2019 19:27

0128

Paciente: 207258 EDUARDO JOSE DE MELO Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Branca Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Data do Nascimento: 27/07/1969 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: SEBASTIANA SEVERINA DE MELO Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE MELO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: FERA FERIDA 6 Bairro: ENCANTO IGARASSU
Cidade/UF: IGARASSU PE Cep: 53620123 Usuário Atendimento: MARIA IGARASSU
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS: 70020421620424
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA-IGARASSU
FATURADO

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: 07/10/19 HORA: 19:27

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

-DOR EM PUNTO D HA 3 dias APÓS queda de moto
ca da e fôles vira e umor

EXAME FÍSICO:

Hematomas/Equimoses no punho D

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura da diáfise da ulna

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

RX: fratura transversa II-III ulna

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) Dieta livre	
2) Tala Alívio-Palmar D	
3) Dipirona 50 mg IV 6/6h 2100ml	
4) Paracetamol 1000mg IV 12100ml	
5) Colocar e usar de curativo	

Médico / Cremepe:




Dr. Wagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 19993 - TEOT 12551

ENCAMINHADO:

() Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



 PERNAMBUCO <small>ESTADO DE</small>	 UPA 24h <small>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</small> <small>IGARASSU</small> SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA	<small>GESTÃO</small>  IMIP
--	--	---

DATA: 07/10/19 HORA: 22.15

1. IDENTIFICAÇÃO

EDUARDO JOSE DE MELO

HISTÓRICO

Nome: _____

Procedência: _____



Idade: 50 Nº do atendimento: _____

Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura ulna

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
 () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom (☒) Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normopigmentado () Hipopigmentado () Acianótico () Cianótico () Arterial () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
 () EDEMAS () Face () Pépeta () MMSS () MMII () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (☒) Consciente () Orientado () Desorientado () Inconsciente () Toporoso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
 () Olho esquerdo () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotoforagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (☒) Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

(☒) Afebril () Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ rpm Sat O2 = _____ % (☒) Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
 MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
 PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Chato () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia
 () Parafítico LOCAL: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (☒) VD () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: (☒) Flácido () Tense () Distendido () Globoso () Plano
 () Doloroso () Acítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal
 () Mucoso () Líquido () Malena () Odor fétido () Odor característico EMASE Aspecto: () Hematêmase () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (☒) Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
 () Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (☒) Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: (☒) Sim () Não FORÇA MOTORA: (☒) Sim () Não () PARESIA Local: _____
 () AMPUTAÇÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
 Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

Gesta: _____ Para _____ Aberto DUM _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdes vaginais: _____







Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que EDUARDO JOSE DE MELO compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

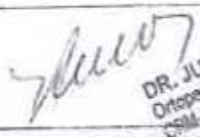
- ☐ Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- ☒ Necessitando de (30) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- ☐ Como acompanhante.
- ☐ Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provida pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 às 16:21


DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
Ortopedia e Cirurgia
CRM-PE 16666 / CBO 30110001

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:





Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

CID 10:

S52.2

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA ULNA DIAFISE DIR

COM PLACA DCP 3,5MM E PARAFUSOS

EM 14/10/2019

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

1- REALIZAR EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE DEDOS; MARCAR FISIOTERAPIA MOTORA DA MÃO;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PEGUE PESO COM O LADO OPERADO.

4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 8H;

5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR — 30 — (—) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:23

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 11020
TEOT: 44983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1a. via - Farmácia / 2a. via - Paciente

Identificação do Paciente: 326810

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Endereço: RUA FERA FERIDA - Bairro: CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

1. GICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg) ----- 1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
Nome:		
Identidade:		
Orgão emissor:		
Endereço:		
Cidade:	PE:	Assinatura do Farmacêutico
Telefone:		Data / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
15595

14/10/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:21

Dr. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17544
FEOT: 11963

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª. via - Farmácia / 2ª. via - Paciente

Identificação do Paciente: 326810

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Endereço: RUA FERA FERIDA - Bairro: CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

* LGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg) ----- 1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:			
Identidade:			
Órgão emissor:			
Endereço:			
Cidade:	PE:	Assinatura do Farmacêutico	
Telefone:		Data / /	

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
15595

14/10/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

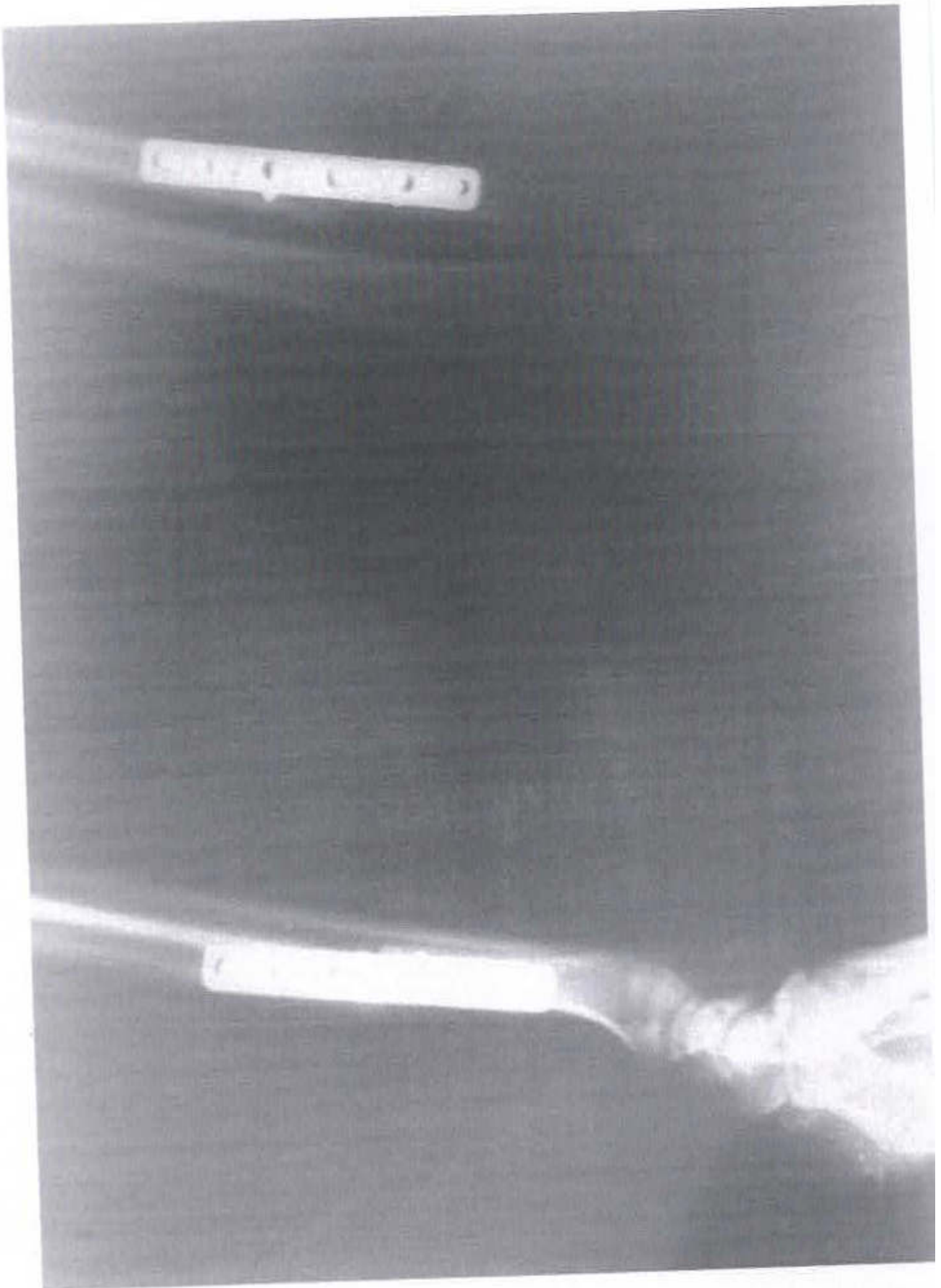
Data: 14/10/2019 as 16:21

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-SA 1783
TEOT: 11054

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
 Número do documento: 20092515504915900000067273135

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

VALORES EM TODOS
 O TITULO NACIONAL
 1559850170

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **HAMER LINDENHOUT LINS DE SOUSA**

CPF: **5962094-8** RG: **PE**

CPF: **042.766.234-82** Data de Nascimento: **02/07/1981**

Local: **WILSON LINDENHOUT GAR
 RUEL DE SOUSA
 SANTA MARIA LINS DE SO
 UTA**

Profissão: **ADMINISTRADOR** Estado: **PERNAMBUCO** Sexo: **M**

Nº de Registro: **662828270** Vigência: **01/12/2012** Exatidão: **30/05/2002**

Assinatura: *Hamer Lindenhou...*

Local: **PAULISTA, PE** Data de Emissão: **12/12/2017**

Assinatura: *[Assinatura]*

07802541864
 12062222687

PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033051 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679289 **Cidade:** Ilha de Itamaracá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: EDUARDO JOSE DE MELO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 50763100 CPF: 686.517.184-04
ENDEREÇO: RUA FERRA FERIDA N: 06 CENTRO/CRUZ DAS REBAS
LAGARASSU/PE


OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5962034 CPF: 042.760.234-32
ENDEREÇO: RUA ALFIEDO PRISPO DE CARVALHO NETO N: 332
CENTRO - LAGARASSU/PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante Procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me
Perante as SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório-DPVAT.



LAGARASSU 17 de OUTUBRO 2019

 EDUARDO JOSE DE MELO.
=Assinatura do Outorgante=
Por autenticidade



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: EDUARDO JOSE DE MELO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 50763100 CPF: 686.317.184-04
ENDEREÇO: RUA FERRA FERIDA N: 06 CENTRO/CRUZ DAS REUNIAS
JGARASSU/PE


OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5962034 CPF: 042.760.234-32
ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISCA DE CARVALHO NETO N: 338
CENTRO - JGARASSU/PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante Procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me Perante as SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório-DPVAT.



17 de outubro 2019

 Eduardo Jose de Melo.
=Assinatura do Outorgante=
Por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028008/20

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

CPF: 686.917.184-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 06/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO JOSE DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

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

EDUARDO JOSE DE MELO : 686.917.184-04

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 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: 21/01/2020
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434780/19

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

CPF: 686.917.184-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 06/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO JOSE DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

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

EDUARDO JOSE DE MELO : 686.917.184-04

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 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: 05/12/2019
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Carolyn Lins Veloso

