



Número: **0044144-27.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ABIMAEEL JOSE DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69135946	06/10/2020 16:49	ANEXO 3	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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048335

Vítima: ABIMAEI JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABIMAEI JOSE DA SILVA

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,

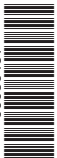
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15443221

Pag. 00913/00914 - carta_01 - INVALIDEZ

00030457





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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048335

Vítima: ABIMAEI JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ABIMAEI JOSE DA SILVA

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. 01747/01748 - carta_02 - INVALIDEZ

00040874



Carta nº 15457794





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 Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048335

Vítima: ABIMAEI JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABIMAEI JOSE DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ABIMAEI JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000036029-9**

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

Pag. 00805/00806 - carta_30 - INVALIDEZ

00020403



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048335 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABIMAELO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO (3+/4+) COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO IMPORTANTE, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DA PERNA DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

Resultados terapêuticos: FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA BIMALEOLAR EM TORNOZELO DIREITO COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS E PLACA 3.5 MM, RECEBEU ALTA NO DIA 27/07/2019. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/02/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50% DO TORNOZELO ESQUERDO, COMO FOI ESGOTADO A LATERALIDADE DO SEGMENTO NO SISTEMA, OPTADO POR COLOCAR O DANO EM OUTRO SEGMENTO COM MESMA VALORAÇÃO DEFERIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



**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: 3200048335
Nome do(a) Examinado(a): Abimael Jose da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av Severino Ramos C de Melo, 260
Lo Maria Catarina Toritama PE CEP: 55125-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7311846
Data local do acidente: [14/07/2019]
Data local do exame: [17/02/2020] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA BIMALEOLAR EM TORNOZELO DIREITO COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS E PLACA 3.5 MM, RECEBEU ALTA NO DIA 27/07/2019. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DA PERNA DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.
Data da Alta: 27/07/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO (3+/4+) COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO IMPORTANTE, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DA PERNA DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°
COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO
DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°**

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

☐ () "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

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

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
CPF - 051.447.734-27
CRM/PB - 8085

Dr. Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

059.868.594-48

4 - Nome completo da vítima:

ABIMAEZ JOLIVAN SILVA

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

5 - Nome completo:

ABIMAEZ JOLIVAN SILVA

6 - CPF:

059.868.594-48

7 - Profissão:

AGUA

8 - Endereço:

AV. SANTANA NOME C. DE MORA

9 - Número:

260

10 - Complemento:

60A

11 - Bairro:

LOTTO MANIA CANTINA

12 - Cidade:

Tonizema

13 - Estado:

PG

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

AGUA

16 - Tel (DDD):

(91) 99304-6299

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2553

CONTA:

36029

9

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito a prolação do laudo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no 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 (parâmetro)?

☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Tonizema (PE) 29/03/2020

ABIMAEZ JOLIVAN SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





24/01/2020

Secretaria de Defesa Social - IN-CPDL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 864ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0154000092

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/01/2020 às 07:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/7/2019 às 19:30

Natureza Jurídica: **QUEDA DE CAMINHÃO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ISRAEL RAMOS LEITE (OUTRO)
ABIMAEI JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de Sr(a): **ABIMAEI JOSÉ DA SILVA**

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

ABIMAEI JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: LUCINEIDE MARIA DA SILVA Pai: ADEILDO JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 25/6/1988 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 7311846/SS/PE (RG) 05888839448 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª, GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: AVENIDA SEVERINO RAMOS C DE MELO, 280, CASA - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO MARIA CATARINA - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Rame de Atividade: NÃO INFORMADO

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

ISRAEL RAMOS LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO CAMINHÃO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ISRAEL RAMOS LEITE, que estava em posse do(a) Sr(a) ABIMAEI JOSÉ DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO M.BENZL 1113** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Placa: **MMZ1381 (PERNAMBUCO/TORITAMA) Chassi: 34401412827228**
Ano: Fabricação/Modelo: **1984/1984** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

https://pjdscs.sdsr.br/ocorrencias/ocorrencia/20E01540000092

Scanned by CamScanner



INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 14/07/2018 QUANDO POR VOLTA DAS 19:30 HORAS SE DESLOCAVA PARA SUA RESIDÊNCIA E AO PASSAR NA ENTRADA DA CIDADE DE SURUBIM-PE ONDE FOI VISITAR PARENTES, AO TENTAR PARAR O CAMINHÃO QUE O MESMO ESTAVA DE POSSE, QUANDO IA DESCER O CAMINHÃO NO ACOSTAMENTO, O VEÍCULO DESCEU ONDE O MESMO DESEQUILIBROU-SE AO SOLO, SENTINDO FORTES DORES NA REGIÃO DOS PÉS, FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE SURUBIM E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE, DURANTE O PERÍODO DA MADRUGADA FOI DETECTADO FRATURA DA TÍBIA E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERRAS-PE ONDE FOI SUBMETIDO À CIRURGIA.

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

ABIMAEI JOSÉ DA SILVA

(VÍTIMA)

Abimael José da Silva

S.O. registrada por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissão Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





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: 059.868.594-48 4 - Nome completo da vítima: ABIMAEU JOSÉ DA SILVA

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

5 - Nome completo: ABIMAEU JOSÉ DA SILVA 6 - CPF: 059.868.594-48
7 - Profissão: NUNCA 8 - Endereço: AV. SEUTIANO RAMOS, 1.200 MORA 9 - Número: 260 10 - Complemento: 698
11 - Bairro: LOTUS MANIA COSTA 12 - Cidade: TONIZINHA 13 - Estado: PR 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: NUNCA 16 - Tel (DDD): (41) 99304-6399

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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 citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 36029 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 34 - 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 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TONIZINHA (PR) 29/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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:	27/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABIMAEI JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000036029-9

Nr. da Autenticação 6E62D04B3DE6B8B0





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1417553225

Via para Pagamento
Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica**Dados do Cliente**

LUCINEIDE MARIA DA SILVA
AV SEVERINO RAMOS C DE MELO 260 CS -
LOTTO MARIA CATARINA/TORITAMA -
55125-000 TORITAMA PE -

Atendimento ao Cliente**CELPE - 116**

Atendimento 24 horas

ANEE 167

Linha gratuita de telefones fixos e móveis

Conta Contrato

007015848884

Nº da Nota Fiscal

092076999

Período de Fornecimento

14/12/2019 a 11/01/2020

Data da Nota Fiscal

11/01/2020

Valor Nota Fiscal (R\$)

R\$ 110,35

Data de Vencimento

17/01/2020

BANCO DO BRASIL S/A 001-9		Vencimento 17/01/2020	Agência/Cod. Cedente 3064-3/54427-2	Especie R\$	Quantidade	Valor do Documento R\$ 110,35	(-) Descontos/abatimento
1 - Outras deduções		(+/-) Multa/multa pr dia de atraso		(+/-) Outros acréscimos		Ficha de Caixa	Autenticação Mecânica
Número Nostro 32174750101898432		Nº do Documento 0501475708		Valor Cobrado R\$ 110,35			

ICMS: Base de cálculo R\$ 0,00 Alíquota: 25,00 Valor do imposto: R\$ 24,57

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S/A 001-9 00190.00009 03217.475015 01898.432172 4 81370000011035

Via de Pagamento:
Pagável na rede bancária.

Vencimento

CONTRA APRESENTAÇÃO

Cedente
Companhia Energética de Pernambuco - Celpe

Agência/Cod. Cedente

3064-3/54427-2

Data Emissora

11/01/2020

Nº Documento

0501475708

Especie Doc

Aviso

N

Data process

Número Nostro

32174750101898432

Banco Banco

Carteira

17

Moeda

R\$

Quantidade

Valor

Valor do Documento

R\$ 110,35

Instruções

- Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- Multa por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09-09-10 a ser cobrada na próx. fatura.
- Disponibilizar canais de recebimento da rede bancária.
- Utilizar a opção "TÍTULOS" para pagamento em canais eletrônicos ou internet.

(-) Descontos/abatimento

(-) Outras deduções

(+/-) Multa/multa pr dia de atraso

(+/-) Outros acréscimos

(+/-) Valor Cobrado

R\$ 110,35

007015848884

Assinatura:
LUCINEIDE MARIA DA SILVA
46187820487

Assinatura Assinada

PAGAMENTOS COM CHEQUE BOMBEIO SERÃO CONSIDERADOS

QUITADOS APÓS COMPENSAÇÃO

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Exatlu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: HJR () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

15/07/2019 00:59:55
2 de 2

Usuário do Atendimento
ROSANGELASSB

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr^o Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1^o Via Hospital de destino/2^a Via Hospital local

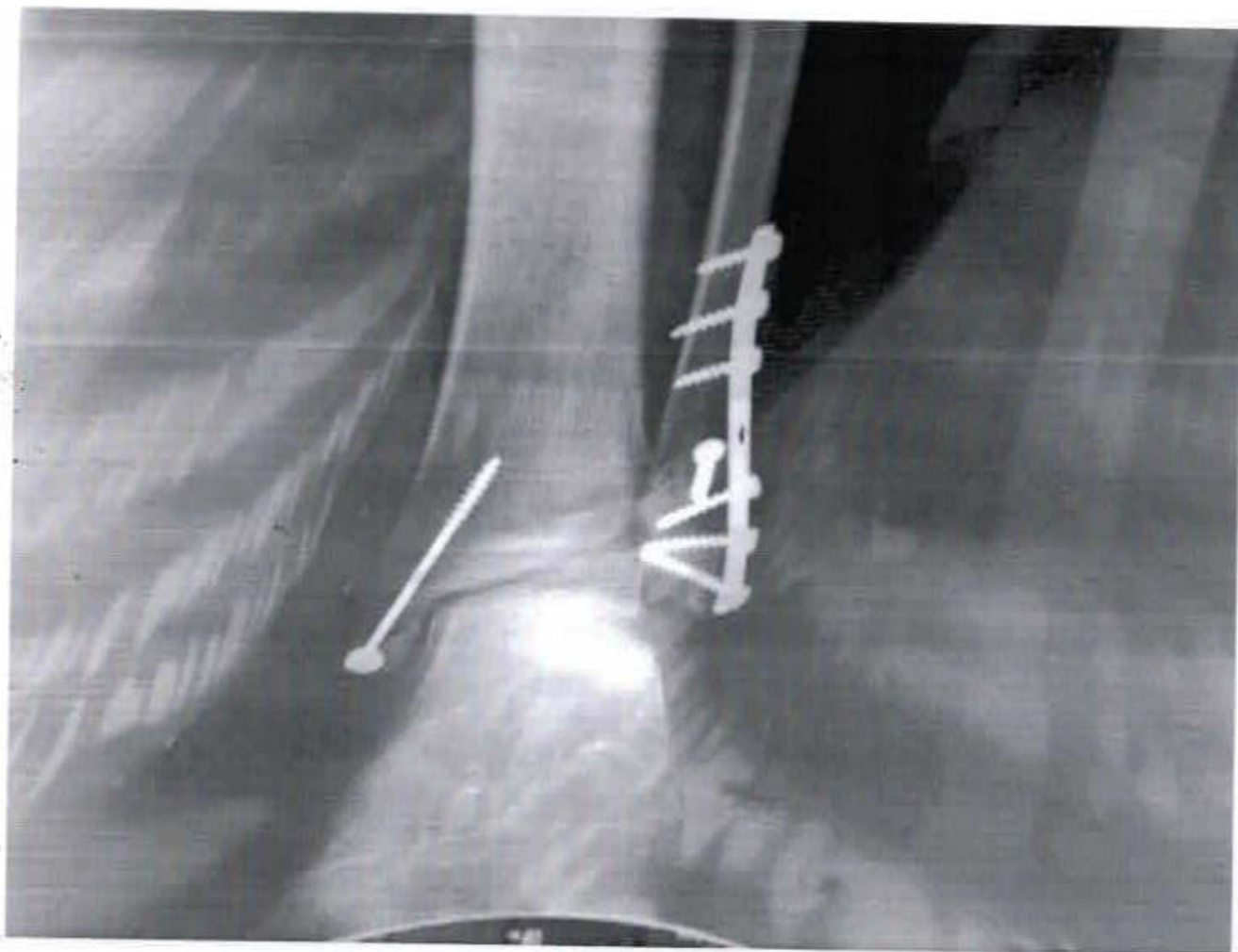
Série = HRA
5927-454

Hospital Local: <u>Upa</u>		Município: <u>Surubim</u>	
Nome do Paciente: <u>Abimael José da Silva, 33 anos</u>		Data de Nascimento: <u>22/06/1986</u>	
Quadro Clínico: <u>Paciente vítima de Trauma de Torção Distal. Realizou</u> <u>exame físico e radiológico de fêmur e tíbia do membro</u> <u>inferior direito. Resultado: fratura distal de fêmur e</u> <u>tíbia direita com deslocamento e angulação.</u>			
HDI: <u>Fratura de fêmur distal + OMO do membro</u>			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente: <u>Dr. José L. F. da Silva</u> <u>Médico de 1^o grau</u> <u>CRM-PE 28372</u>		CRAI: DATA: <u>19/07/19</u> Dr. José L. F. da Silva Médico CRM-PE 28372	DATA:
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão:		COREN:	DATA:
1 ^a REMOÇÃO	1 ^o Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado): _____ _____ _____		
	Assinatura do (a) médico (a): _____ CRM:		
2 ^a REMOÇÃO	2 ^o Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado): _____ _____ _____		
	Assinatura do (a) médico (a): _____ CRM:		
Assinatura do Responsável:			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem:		COREN:	
Assinatura do Motorista:		Placa da Ambulância:	

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	30/17/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	30/17/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Abimael José Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura de Tornozelo Direito		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Tratamento Cirúrgico de Tornozelo Direito Até 27/17/19		
ALTA MÉDICA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EXISTE ALGUM DÉFITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSTIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO (OU ÓRGÃO AFIETADO)
1º Tratamento cirúrgico com placa tipo de
2º fratura com rins plásticos. Placa de
3º fixação interna e externa com rigidez articular
4º perda de flexão e extensão do membro
5º 75% grave

TERMO DE APROVAÇÃO E OU EVASÃO À ÚLTIMA INTERCONSULTA: *Dezembro*

Carreira DATA: 25/11/20 ASSINATURA E CARIMBO:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08 R-53

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Adriano José da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.311.846 DATA DE EAPEDIÇÃO 04/03/2010

NOME << ABIMAEI JOSÉ DA SILVA >>

FILIAÇÃO << ADEILDO JOSÉ DA SILVA >>
<< LUCINEIDE MARIA DA SILVA >>

CIDADE ARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 25/06/1986

RESERVA << CN.8006 L.07A F.188V CART. RIITAMA-PE 06.05.2008 >>

059.868.594-48

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 F-38 3.015 - 3022

Scanned by CamScanner



Informações sobre o veículo

Placa: MMZ-1361

Espécie/ Tipo: CAR / CAMINHAO

Marca/ Modelo: M.BENZ/L 1113

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 0
/ 145 / 0**

Cor predominante: AZUL

Chassi: 34401412627228

Combustível: DIESEL

Ano fabricação/ Ano modelo: 1984

Scanned by CamScanner



**VÍTIMA NÃO COMPARECEU À
PERÍCIA MÉDICA.**

SOLICITAR REAGENDAMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040207/20

Vítima: ABIMAEI JOSE DA SILVA

CPF: 059.868.594-48

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABIMAEI JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ABIMAEI JOSE DA SILVA : 059.868.594-48

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: 29/01/2020
Nome: ABIMAEI JOSE DA SILVA
CPF: 059.868.594-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ABIMAEI JOSE DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

