



Número: **0042231-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	
<b>CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70250 243	28/10/2020 16:07	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200262094**

**Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**

**Data do Acidente: 01/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15968965

Pag. 01057/01058 - carta\_01 - INVALIDEZ



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, 05 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200262094**

**Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**

**Data do Acidente: 01/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**

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\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000003211-5**

**Conta: 000009623-7**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## 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:  296.207.754-99 4 - Nome completo da vítima:  Waldelyrio Xavier de Azevedo Neto

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Waldelyrio Xavier de Azevedo Neto	6 - CPF: <input type="text"/> 296.207.754-99		
7 - Profissão: <input type="text"/> Revisor de <input type="text"/> rua Maria Eliete 10. Tavares	8 - Endereço: <input type="text"/> 49	9 - Número: <input type="text"/> 49	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Centro	12 - Cidade: <input type="text"/> Agrestina	13 - Estado: <input type="text"/> PE	14 - CEP: <input type="text"/> 55995-000
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (83) 9.9258-3087		

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Bradesco

AGÊNCIA:  3215 CONTA:  9623

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="text"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 pedido (a rogo)

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

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

enc 001 V002/2019

38 - 1º | Nome:  COMPROMISSO DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

CPF:  33 JUN 2023

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:  PROTOCOLO

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/10/2020 16:07:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102816072230200000068882568>  
Número do documento: 20102816072230200000068882568

Num. 70250243 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 096ª CIRCUNSCRIÇÃO - AGRESTINA - DP96ªCIRC  
 DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0186000352**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2020** às **15:17**

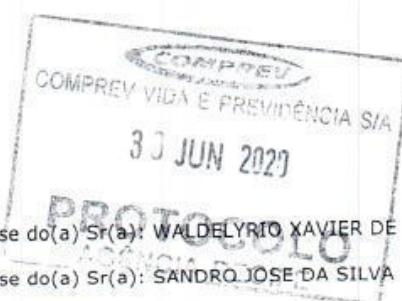
Complementa o BO Número: **20E0186000146**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **1/2/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR - 104, 1 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE DA SECRETARIA DE SAUDE**  
 Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO ( AUTOR \ AGENTE )  
 THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO ( NOTICIANTE )  
 SANDRO JOSE DA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SANDRO JOSE DA SILVA

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

**WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA QUIXABEIRA DE AZEVEDO** Pai: **PAULO ROBERTO DUARTE DE AZEVEDO** Data de Nascimento: **16/12/1964** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2613712/SSP/PE (RG) 29620775449 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 081999835019**

Residencial: **RUA MARIA ELIETE LIMA TAVARES, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 49, CASA TERREA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS**

**THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA HERIVONETE HONORIO DA SILVA AZEVEDO** Pai: **WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO** Data de Nascimento: **17/12/1987** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7126752/SDS/PE (RG) 01376968410 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE DENTISTA** Telefones Celulares: **- 081999265063**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 110, CASA 1º ANDAR - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**



**AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS**

**SANDRO JOSE DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSE PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1983** Naturalidade: **AGRESTINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **- 081996401804**

Residencial: **SITIO QUEIMADO DO PEREIRA - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDC1994** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **108465876** Chassi: **9C2KC2200GR501392**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRO JOSE DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/HB20** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **CGB3643** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

## Complemento / Observação

**SEGUNDO A NOTICIANTE, QUE É FILHA DE WALDELYRIO, SEU PAI ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO 1 DE CARUARU SENTIDO AGRESTINA, QUANDO DE REPENTE NA CITADA HORA E LOCAL DESVIOU A ATENÇÃO E COLIDIU NA TRASEIRO DO VEICULO 2, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE AGRESTINA E POSTERIORMENTE PARA O HRA ( HOSPITAL REGIONAL DO AGreste ), CONFORME DECLARAÇÕES EM ANEXO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO ESTE BOLETIM.**

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

*Thamyris Monallyza H. Azevedo*

**THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **PAULA PESSOA FELIX** - Matrícula: **2969408**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 096<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - AGRESTINA - DP96<sup>a</sup>CIRC  
DINTER1/14<sup>a</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0186000146**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/02/2020** às **12:16**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **1/2/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR - 104, 001** - Bairro: **CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE DA SECRETARIA DE SAUDE**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO ( AUTOR / AGENTE )  
THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO ( NOTICIANTE )  
SANDRO JOSE DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SANDRO JOSE DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

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

**WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA QUIXABEIRA DE AZEVEDO** Pai: **PAULO ROBERTO DUARTE DE AZEVEDO** Data de Nascimento: **16/12/1964** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2613712/SSP/PE (RG), 29620775449 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 081999835019**

Residencial: **RUA MARIA ELIETE LIMA TAVARES, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 49, CASA TERREA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS**

**THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA HERIVONETE HONORIO DA SILVA AZEVEDO** Pai: **WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO** Data de Nascimento: **17/12/1987** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7126752/SDS/PE (RG), 01376968410 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE DENTISTA** Telefones Celulares: **- 081999265063**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 110, CASA 1º ANDAR - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS**



**SANDRO JOSE DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSE PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1983** Naturalidade: **AGRESTINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **- 081996401804**

Residencial: **SITIO QUEIMADO DO PEREIRA - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 001 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDC1994** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **108465876** Chassi: **9C2KC2200GR501392**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRO JOSE DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/HB20** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **CGB3643** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

#### Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, QUE É FILHA DE WALDELYRIO, SEU PAI ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO 1 DE CARUARU SENTIDO AGRESTINA, QUANDO DE REPENTE NA CITADA HORA E LOCAL DESVIOU A ATENÇÃO E COLIDIU NA TRASEIRO DO VEICULO 2, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE AGRESTINA E POSTERIORMENTE PARA O HRA ( HOSPITAL REGIONAL DO AGreste ), CONFORME DECLARAÇÕES EM ANEXO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO ESTE BOLETIM.

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

*Thamyris Monallyza Honório Azévedo*  
**THAMYRIS MONALLYZA HONÓRIO AZEVEDO**  
**(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **MIGUEL PACIFICO FILHO** - Matrícula: **221282-0**





## 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:  296.207.754-99 4 - Nome completo da vítima:  Waldelyrio Xavier de Azevedo Neto

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Waldelyrio Xavier de Azevedo Neto	6 - CPF: <input type="text"/> 296.207.754-99		
7 - Profissão: <input type="text"/> Revisor de <input type="text"/> rua Maria Eliete 10. Tavares	8 - Endereço: <input type="text"/> 49	9 - Número: <input type="text"/> 49	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Centro	12 - Cidade: <input type="text"/> Agrestina	13 - Estado: <input type="text"/> PE	14 - CEP: <input type="text"/> 55995-000
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (83) 9.9258-3087		

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Bradesco

AGÊNCIA:  3215 CONTA:  9623

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="text"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 pedido (a rogo)

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

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

enc 001 V002/2019

38 - 1º | Nome:  COMPROMISSO DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

CPF:  33 JUN 2023

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:  PROTOCOLO

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/10/2020 16:07:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102816072230200000068882568>  
Número do documento: 20102816072230200000068882568

Num. 70250243 - Pág. 10

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000009623-7

---

Nr. Autenticação

BRADESCO31072020050000000002370321100000009623337500 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/10/2020 16:07:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102816072230200000068882568>  
Número do documento: 20102816072230200000068882568

Num. 70250243 - Pág. 11

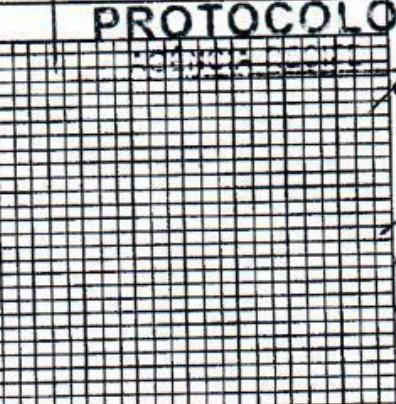
FICHA DE ANESTESIA

209-B HORA: 23:10h

CATEGORIA  
Pediátrico

NOME: Wanderson Xavier de Araujo Neto					DATA: 03.02.2020	REG:
SEXO: M.	COR: Br.	IDADE: 5SA	PESO: 95Kg	ALT:	HOSPITAL: HMSE	

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					Anestesia proposta			
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	Sugametacina				
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
	NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA trat. crônico mot. Rm / Honora					ALERGIA: Nega		ANEST. ANTERIOR:	
OP. REALIZADA: A. Neto					23 JUL 2020		PRÉ-ANESTÉSICO:		
							ECG:		

HORA 23:10h — 0:10h — 1:00h	PROTÓCOLO	ANOTAÇÕES
$O_2$ $N_2O$ Gases $CO_2$ 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20		Check list Injetou mrx Posicp. Assolba Purp. levam respira lento d. Quente 35°C lca fisiolog Braç. est. bra. 

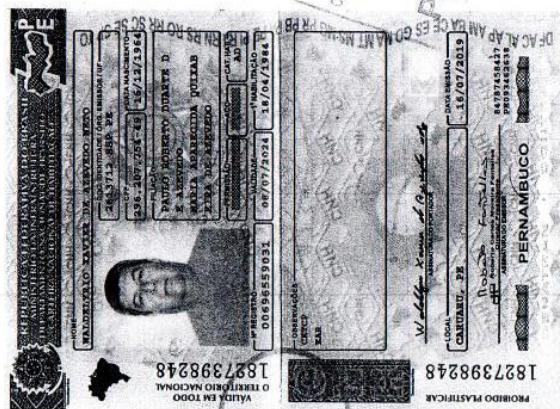
AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO <sub>2</sub>			
Buli. Gasa	20g		Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda	Ø SVD.	Intubação	Ø
Cevadina	75mg		Posição	Local Puncão	Liq. Ret.	Téc. Inj.
metformina	800mg		Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final
Demxa	100mg		Resultado	Reflexo		
Corazolam	50g		Duração da Op.		Duração da Anest.	
M. Nitro	5g		Monitorização	Or. Riso / IRI / Comoxolam / SVD		
Oxysocetona	40mg		Teste Aldrete e Koulik	MOV. CONS COR CIRC RESP S.R		
Somocetina	30g					

Marcos Cores

Médico Cirurgião

Médico Anestesista

DR. MARCOS CORES  
CRM-PE 20-07



COMPANY  
RECEIVED  
30 JULY 2021  
PROTOCOL  
RECEIVED  
30 JULY 2021

PROTOCOL

emerson



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/10/2020 16:07:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010281607223020000068882568>  
Número do documento: 2010281607223020000068882568

Num. 70250243 - Pág. 13



## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANALISE - DPVAT

Para mais informações, visite-nos no [www.seguradoyalider.com.br](http://www.seguradoyalider.com.br) ou entre em contato através de um dos seguintes canais:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / outras regiões: 0800 022.12.04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800-022-9189-01 / SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05

Canal de Denúncia: 0800-05912563 / Ouvidoria: 0800-021-91-35

Número do pedido do DPVAT:

32001232173

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Waldelyris Lacerda de A. Neto

CPF do Beneficiário:

196.017.754-49

Nome do solicitante:

Waldelyris Lacerda de A. Neto

CPF do solicitante:

26.007.754-49

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (031) 9-9258-3089

ddd

Tel. Comercial: (031) 3089-3089

ddd

Tel. Residencial: (031) 3089-3089

ddd

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

*COMPROVANTE*

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE SIA

NÃO

SIM. Informe qual(s) documento(s) está(s) sendo apresentado(s)

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros

23 JUL 2020

PROTOCOLO

ACORDADA

(DESCRIVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

discordo da negativa pois meu processo foi negado sem que eu passasse pelo perito entre cônjuges que a seguradora ressalte o meu processo.  
filo no aguardo.

Agosto/2020  
Local e Data  
Waldelyris Lacerda de A. Neto

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

### IMPORTANTES

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de 16 anos, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo).



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200262094      **Cidade:** Agrestina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO      **Data do acidente:** 01/02/2020      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
NETO

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

**Data da análise:** 27/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÉMUR DISTAL DIREITO.  
LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA.  
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*

VÍTIMA NÃO COMPARECEU NA PERÍCIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>		<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>	



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200262094      **Cidade:** Agrestina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO      **Data do acidente:** 01/02/2020      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA  
NETO

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

**Data da análise:** 27/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÉMUR DISTAL DIREITO.  
LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA.  
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*

VÍTIMA NÃO COMPARECEU NO PERÍCIA NO SINISTRO ANTERIOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206073/20

**Vítima:** WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETC

**CPF:** 296.207.754-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/02/2020

**Titular do CPF:** WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO : 296.207.754-49**

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: 23/07/2020  
Nome: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO  
CPF: 296.207.754-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/10/2020 16:07:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102816072230200000068882568>  
Número do documento: 20102816072230200000068882568

Num. 70250243 - Pág. 17