



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	
WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70250243	28/10/2020 16:07	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, 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,

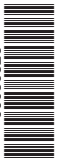
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15968965

Pag. 01057/01058 - carta_01 - INVALIDEZ

00030529





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 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, 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





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: 296.207.754-49 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: Waldelyrio Xavier de Azevedo Neto 6 - CPF: 296.207.754-49
7 - Profissão: Rececionista 8 - Endereço: Rua Maria Eliete 10. Tavares 9 - Número: 49 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Agostina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55495-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 3213 5 CONTA: 9623 7
(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, Agostina 29/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 101 V002/2019







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/2/2020** no período da **Tarde**

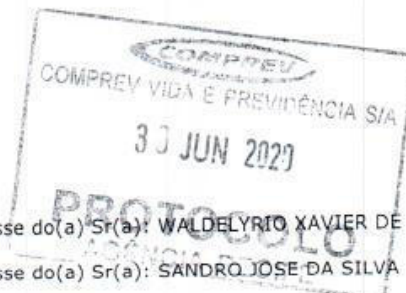
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR - 104, 1 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **EM FRENTE DA SECRETARIA DE SAUDE**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

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: **AUTOMOVEI/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 POLÍCIA DA 096ª CIRCUNSCRIÇÃO - AGRESTINA - DP96ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

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 - Culposos (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: **AUTOMOVEI/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: **MIGUEL PACIFICO FILHO** - Matrícula: **221282-0**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE POLICIA DE AGRESTINA

13/02/2020 1





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: 296.207.754-49 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: Waldelyrio Xavier de Azevedo Neto 6 - CPF: 296.207.754-49
7 - Profissão: Rececionista 8 - Endereço: Rua Maria Eliete 10. Tavares 9 - Número: 49 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Agostina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55495-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3213 5 CONTA: 9623 7
(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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, Agostina 29/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 101 V002/2019



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

BRADESCO3107202005000000000023703211000000009623337500 PAGO



FICHA DE ANESTESIA

209-B HORA: 23:10h

CATEGORIA
Painel 1000

NOME: WANDSLYNIA XAVIER DE ARAUJO NETO					DATA: 23.07.2020	REG:
SEXO: M.	COR: Brn	IDADE: 55A	PESO: 95kg	ALT:	HOSPITAL: H.M.S.G.	

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				Fratura fêmur / tornozelo / 1 ^o				
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA II
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA Subaracnóidea				
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
	NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA				ALERGIA: NECA				
OP. REALIZADA:				ANEST. ANTERIOR:					
A Proposta				PRÉ-ANESTÉSICO:					
				23 JUL 2020					

HORA	23:10h — 0:10h — 1:10h	PROTOCOLO	ANOTAÇÕES
O ₂	100% 100% 100% 100% 100%		Check list Monitorar Respir. Assolva Pulso leve pressão 120/80 cf. Arterial 75 hem. fisiológica B.O. etc.
N ₂ O	100% 100% 100% 100% 100%		
Gasps	100% 100% 100% 100% 100%		
200			
180			
160			
140			
120			
100			
80			
60			
40			
20			

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂ φ			
Bulbocao	20%		Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda φ SVD. Intubação φ			
Ciclodina	75%					
Montaria	80%		Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.
Derna	4%		Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final
Coprolina	50%		Resultado	Reflexo		
Milivis	4%		Duração da Op.	Duração da Anest.		
Quasartona	4%		Monitorização	O ₂ Pulso / T ₁ / C ₁ / SVD		
Sonogossu	30%		Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR CIRC RESP S.R.

Manoel Carlos
Médico Cirurgião

[Assinatura]
Médico Anestesiista





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANALISE - DPVAT

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através dos seguintes números: Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h; SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 9189 / SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06; Canal de Denúncia: 0800 591 2563 / Ouvidoria: 0800 021 9135

Número do pedido DPVAT:

3.200/232573

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Waldelino Xavier de A. Neto

CPF do beneficiário:

296.201.756-49

Nome do solicitante:

Waldelino Xavier de A. Neto

CPF do solicitante:

296.201.756-49

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular:

(92) 9 9258-3089

Tel. Comercial:

DDP

Tel. Residencial:

DDP

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO



DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO



DISCORDO DA NEGATIVA



DISCORDO DO VALOR RECEBIDO



DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?



NAO



SIM

Informe quais documentos estão sendo entregues:



Novos documentos médicos



Laudo do IML



Boletim de Ocorrência



Notas fiscais complementares



Outros

23 JUL 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGIST

(DESCREVER)

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

Discordo da Negativa pois meu processo foi negado sem que eu passasse pela perícia entro de prazo que a seguradora reavali o meu processo.
Fico na aguardo

Assinatura 22/07/2020

Local e Data

Waldelino Xavier de A. Neto

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

IMPORTANTE

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 e capaz, para preencher e assinar o formulário a 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 FÊMUR DISTAL DIREITO.
LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00



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 FÊMUR DISTAL DIREITO.
LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206073/20

Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETC

CPF: 296.207.754-49

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

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 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

