



Número: **0004241-03.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **17/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
RICARDO CAVALCANTI MARINHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97450642	25/01/2022 13:42	2762397_JUNTADA_DE_DOCS_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU/PE

Processo n.º 00042410320208172480

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARUARU, 25 de janeiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0004241-03.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **17/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
RICARDO CAVALCANTI MARINHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97450641	25/01/2022 13:42	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000110058-0

Nr. da Autenticação 7C5C500F9430C606



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190615338 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Prontuario: 342024

References

045-600-4924/307

 $N^2 = 0$

Estado: PE

POSTSCRIPT: AFTER THE VEHICLE

Aggravated Assault

Newly designed ATT ODM model.

Quelle: www.traumaforschung.de

Medico LIETUO = 2670000

Quelque Principes / HDA

per l'interesse di questo. di notte, chiedi se qualcuno d'interesse
di notte. Sono tutti di notte, se tu desideri sapere i caratteri dei paesi

$$A_1 \subseteq \bigcup_{i=1}^n A_i \subseteq A_2 \subseteq \bigcup_{i=1}^n A_i \subseteq A_3 \subseteq \bigcup_{i=1}^n A_i \subseteq \dots$$

ESTIMO FIGLIO. *Giuseppe* *di* *anni* *21* *di* *professione* *di* *arte* *di* *arte*

#A

FC

FE

3. The first group of people who are interested in the study are the students of the school. They will be asked to participate in the study if they are willing to do so.

③ 1940年 4月 1日, 日本帝国主义侵华战争爆发。1940年

Case 15. *Reptiles* - small to medium - *poisonous* (venomous)

[illegible]

12. 1000

2. Br_2 & Fe at room temp. (G)

③ Measurement of Temperature

3. Alta do 2.º Juiz

04-05-17

Рубеополо

1942

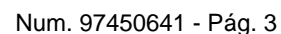
1995

Hofstadter

(b) Diatomic gas (mol) + mol

12/15

to Peter Simpson



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA

3 - Evolução / Exames

Forma de Responsabilidade do Atendente

☒ Assinta

☐ Faltando

Responsabilidade pela medicação, retirada de pontos, curativos, troca de gaze, curativo de ferida, etc.

Nome: Quero Eduardo Oliveira Silva

Endereço:

Cidade: OS OS OS

☒

Assinatura

Assinatura do Responsável

☐ Assinta

☐ Faltando

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Paciente

☐ Assinta ☐ Faltando ☐ Assinta ☐ Faltando

Assinatura

☒

Assinatura

Assinatura do Atendente

☐ Assinta ☐ Faltando ☐ Assinta ☐ Faltando

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data da Cirurgia: 04/08/2019

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesião: WANA

Anestesia: RAQUI

Data da Operação: 04/08/19

Início:

Término:

DURAÇÃO

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE OSSOS DO PE ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: MANTVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO PE ESQUERDO

Operação Realizada: MANTVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA // 3. AMPLIADO FEBIMENTO INICIAL // 3. REALIZADO LAVAGEM AMPLA COM SFO 9% 4. FIXAÇÃO COM FIO-K 5. SUTURA E CURATIVO // 6. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

data: 4 de agosto de 2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: LUCAS EDUARDO OLIVERA VILLAR, 3 años REGISTRO Nº 3428

SALA CIRURGICA Nº 04 DATA 04/09/2010

CIRURGIA: 17. SIMONE - 18. FERTI - 19. CIRURGIÃO: 20. JACINTO - 21. FERREIRA

ANESTESIA: KROUZE ANESTESIOLOGISTA: J. K. KROUZE

[illegible]

Observação: Não deve-se utilizar outros itens específicos.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

CA 10540-494758

TSE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RESUMO DE ALTA

NOME: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER

PRONTUÁRIO:

DATA: ter, 5 de agosto de 2019

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DO 3.º PDE + FRATURA DO 4.º MTE

AMBULATORIO DE EGRESSOS - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO SOB NARCOSE PARA FRATURA DO 3.º PDE + FRATURA DO 4.º MTE, ENCAMINHADO PARA RETORNO AMBULATORIAL NO PERÍODO DE 15 DIAS.

TRATAMENTO REALIZADO

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR.

ALTA HOSPITALAR

DATA: ter, 5 de agosto de 2019

ASSINATURA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SES/SUS/PE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Hº do leito:

EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO 3.º PDE + FRATURA DO 4.º MTE

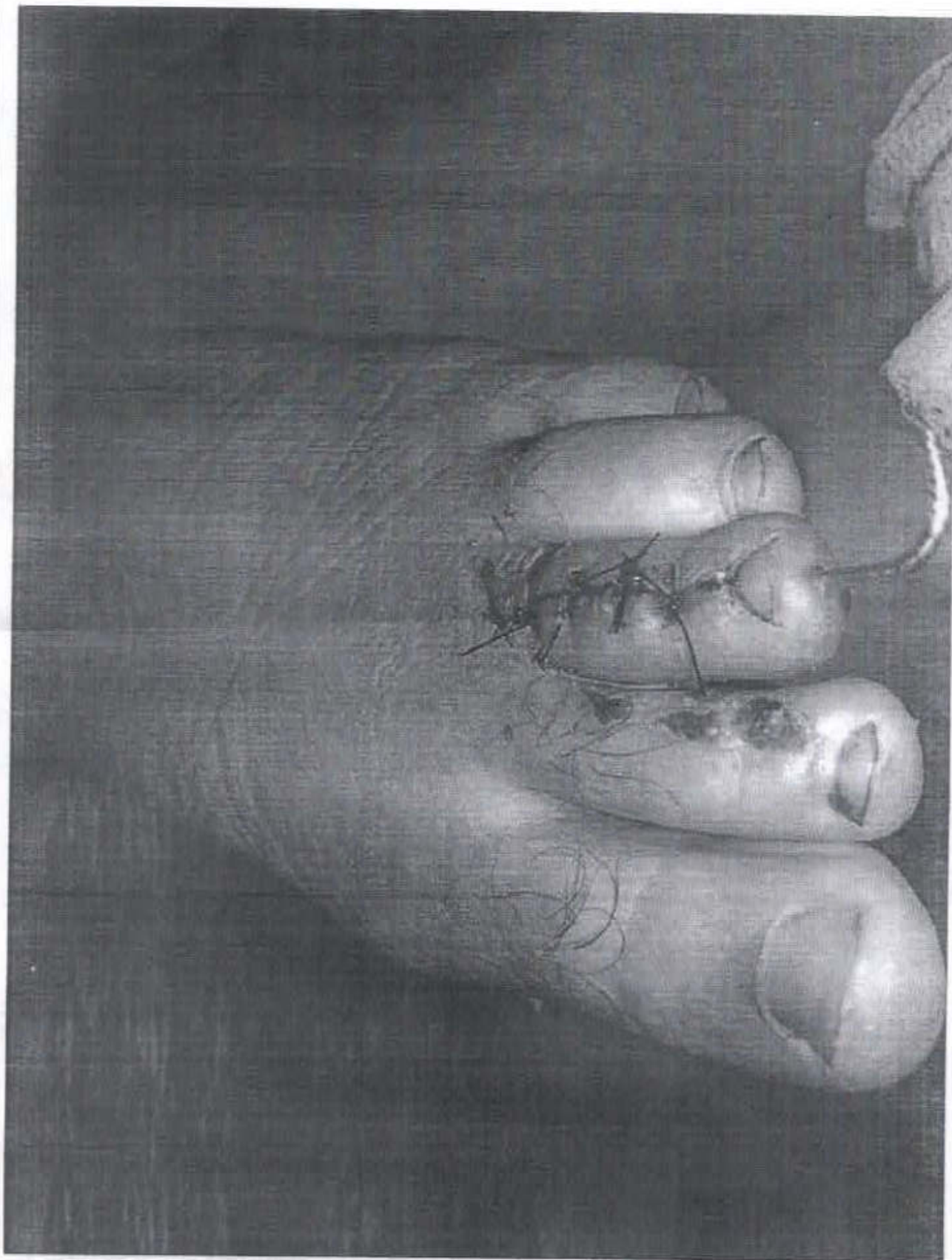
PACIENTE EVOLUI BEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, ENCAMINHADO A SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA. SE: ALTA APENAS APÓS AVAL POR ESCRITO DO MÉDICO EVOLUCIONISTA.

DATA: ter, 5 de agosto de 2019

ASSINATURA







file:///C:/Users/linv/infopo/xcn/BOEPreview.htm

11/10/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRIÇÃO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000508



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/10/2019 às 16:09

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 4/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, I - Bairro: AGAMENON MAGALHÃES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR-AGENTE);
PATRICIA MARGARIDA SILVETRE DA SILVA (OUTRO);
LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA
OUTRO TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Nº: SIMONE DE OLIVEIRA XAVIER Data de Nascimento: 16/02/2001 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, SE. ESTRADA DO CAMPINA - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

PATRICIA MARGARIDA SILVETRE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): PATRICIA MARGARIDA SILVETRE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XR Objeto apreendido: NÃO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PE 80718 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 112664186 Chassi: 8C2K00518KR312586



BURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr

(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: CAIXA ELETRONICO BANCARIO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:

Não

Car: OUTRA COR - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA QUE SE ENCONTRAVA EM TRANSITO NA ESTRADA QUE LIGA A BR 104 A BR 232 POR TRÁS DO HOSPITAL REGIONAL A VITIMA SE ACIDENTOU EM UM BURACO NA ESTRADA POR FALTA DE MANUTENÇÃO DO ESTADO A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO DO ACIDENTE RESULTOU EM FRATURAS EXPOSTAS NO PE E DANOS MATERIAIS A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ONDE FOI CIRURGIADO.

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

Lucas Eduardo Oliveira Xavier Silva
LUCAS EDUARDO OLIVEIRA
XAVIER SILVA
(VITIMA)

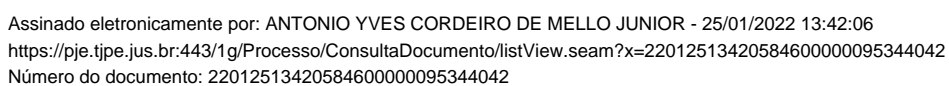
R.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA

Lucas
153028-1









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190615338 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381896/19

Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILV.

CPF: 140.911.044-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: LUCAS EDUARDO
OLIVEIRA XAVIER SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA : 140.911.044-36

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: 31/10/2019
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615338

Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER 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 15050657

Pag. 01325/01326 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615338

Vítima: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LUCAS EDUARDO OLIVEIRA XAVIER SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000110058-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do registro do ASU

3 - CPF de vítima: 140.911.044-36

4 - Nome completo da vítima: Luciano Eduardo Oliveira Xavier 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:

Luciano Eduardo Oliveira Xavier Silva

6 - CPF: 140.911.044-36

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

TV. Estrada da Campina

9 - Número:

90

10 - Complemento:

7000

11 - Bairro:

Versalhes

12 - Cidade:

Domusmau

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53028-576

15 - E-mail:

Revisão - Xavier@Hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(31) 99285-3008

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

19 - CPF 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Severidade para as bancas abidas. Anotar uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (1001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0051

00

CONTA:

00510058

AGÊNCIA:

CONTA:

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 irrevogavelmente, 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 não apresentei ou não apresentarei o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização em Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (justificar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não apresentar à avaliação médica as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa proibição concorrente com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima sobrevivente?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou herdeiros (além de parentes)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, incluindo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Barueri - 31-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019

Rosilene Margarida da Silva



