

## Declaração

**DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, BRENO SANTOS DE RESENDE, RG 53.215.230 SSP/SP, residente e domiciliado na Rua: Alvaro Azarias Catolé do Rocha-PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dra. Morgana Rodrigues – CRM/4724, no dia 09 de Junho de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial. anexa. As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.**

*Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral  
Nº 4724-5

Católé do Rocha – PB, 02 de Outubro de 2019

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



## RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: BRENO SANTOS DE RESENDE

Leito:

[illegible]



Paciente: BRENO SANTOS DE RESENDE  
Nº do Paciente: CR13012001  
Data de Nascimento: 13/01/2001  
Solicitante: Dr. Diniz M. G. Barbalho.  
Data do Exame: 24/08/2019  
Sexo: M

## RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PUNHO DIREITO EM AP/PERFIL

### RELATÓRIO:

Solução de continuidade óssea, de orientação transversa, na transição do colo com o pólo distal do escafoide, com pequena imagem calcificada que se projeta nas partes moles lateralmente.

Há discreta proeminência óssea na face palmar da transição metaepifisária do rádio distal, sem evidência definitiva de solução de continuidade da sua cortical no presente exame.

Demais estruturas ósseas preservadas, de morfologia e densidade habitual.

Os espaços e as relações articulares estão mantidos.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Baiak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 26/08/2019 07:43:03 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.



## RECEITUÁRIO

BRENO SANTOS DE RESENDE

### SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA DA MÃO, PUNHO E DEDOS DIREITO  
(20 SESSÕES)

### INDICAÇÃO:

ANALGESIA, ALONGAMENTO E GANHO DE ADM

DR. JOÃO HERBERT SUASSUNA LAUREANO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 7417

Catolê do Rocha, 02/10/19

\_\_\_\_\_  
Médico

#### Endereço:

Av. Venâncio Neiva, 283, Centro  
Catolê do Rocha - PB

#### Contatos:

83.3441.1195  
83.99960.0161

 @ortomedcatole





## ORTOMED CLÍNICA ORTOPÉDICA

Rua Vendelino Heira, 283 - Centro - CEP: 58894-000 - Catolé do Rocha - PB  
Fones: 33 3441.1195 / 9980.0101  
e-mail: dinaldowanderivy@hotmail.com

### ATESTADO

Atesto, para os devidos fins de direito, que o Sr(a) Breno

Santos e Resende

fez consulta nesta clínica no dia 04/09/19, tendo sido medicado

e submetido(a) a tratamento S62.0

necessitando de repouso e afastamento de suas atividades profissionais

durante um período de 90 dias.

Catolé do Rocha, 04/09/19

João H. Sussana Laumann  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.147

Assinatura e Carimbo

---

**ORTOMED - CLÍNICA ORTOPÉDICA**

Convênios com CAMED, CORREIOS, UNIMED, CASSI, FUNASA



Nome: Bruno Santos de Resende

Nº

Data De Nascimento

Gravidez S ☐ N ☐

SOLICITAÇÃO

Rx Punho @ AP+P

Data: 02/10/19

SOLICITANTE

Jean H. Siqueira Lauriano  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19.747



Nome: Bruno Santos de Resende

Nº

Data De Nascimento

Gravidez S ☐ N ☐

SOLICITAÇÃO

Gesso da ulna para o punho @

Data: 04/09/19

SOLICITANTE

Jean H. Siqueira Lauriano  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19.747

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679952 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRENO SANTOS DE RESENDE **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO (ESCORIAÇÕES) EM MEMBROS SUPERIORES E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



SEGURO OBRIGATORIO PARA CONDUTORES E PASSAJEIRAS DE VEICULOS AUTOMOTORES DE TRAFEGO EM VIAGEM INTERMUNICIPAL, INTERESTADUAL E INTERMUNICIPAIS

RN Nº 9448994309 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CPF / CNPJ 980.368.904-53 PLACA MYA4842

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 9448994309 EXERCICIO 2012 DATA DE EMISSAO 08/03/2012

VEICULO 1 980.368.904-53 PLACA MYA4842  
 REGISTRO 958327859 NATURALIDADE YHAPHA/VER 125K  
 ANO 2006 CATEGORIA 9 POTENCIA 9068092080193274

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 0,00  
 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00  
 PAGAMENTO 0,00  
 DATA DE QUITACAO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A  
 CNPJ: 09.248.808/0001-04

NAI-2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETAM: RN 9448994309

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
 958327859 2012

FRANQUISIA CANCELADA EM 26 DE JUNHO

980.368.904-53 PLACA MYA4842

PASSEIROS/VEICULO EM VIAGEM 01/03/2012 04/03/2012  
 VALOR DO PREMIO 125K 2008 2008

DATA DE EMISSAO	DATA DE VENCIMENTO
08/03/2012	08/03/2012

MISSOROI/RN 08/03/2012



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número

**151.368.394-22**

Nome

**BRENO SANTOS DE RESENDE**

Nascimento

**13/01/2001**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8500-1

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

PROTÓTIPO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL - IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

8500-026879

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRENO S. DE RESENDE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 53.215.230-X DATA DE 30/DEZ/2008

EXPIRAÇÃO

NOME BRENO SANTOS DE RESENDE

FILIAÇÃO PAULO ROBERTO DE RESENDE

E UIGNA SANTOS DE OLIVEIRA

NATURALIDADE S. PAULO - SP DATA DE NASCIMENTO 13/JAN/2001

DOC. ORDEM SÃO PAULO-SP

SAÚDE

CN: LV.A262/FLS.231 /N.207725

CPF

DELEGADO

65 Delegado Divisorio

de Polícia BRG 00000000

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 032.133.213



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA  
RUA ALVARO AZARIAS 371 TER  
CATOLE DO ROCHA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1640677-9

### REFERÊNCIA

OUT/2019

### APRESENTAÇÃO

07/10/2019

### CONSUMO

191

### VENCIMENTO

14/10/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 179,71

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 07098.019172 8 80420000017971

Pagador: ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 040.384.604-87

RUA ALVARO AZARIAS 371 TER - LOT SAO PAULO - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007098019	001640677201910	14/10/2019	R\$ 179,71	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sistema ou ASI

0435350139

1 - CPF da vítima

151.368.394-22

4 - Nome completo da vítima

BRENO SANTOS DE RESENDE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSP 11445/2012

5 - Nome completo:

BRENO SANTOS DE RESENDE

6 - CPF

151.368.394-22

7 - Profissão

ESTUDANTE

8 - Endereço

RUA ALVARO AZARIAS

9 - Número

371

10 - Complemento

11 - Bairro

LOTEAMENTO SÃO PAULO

12 - Cidade

CATOLE DO ROCHA

13 - Estado

PB

14 - CEP

58.884-000

15 - E-mail

runetaylor@gmail.com

16 - Telefone

(14)99666-8044

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:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3750

CONTA:

0641841

4

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a validade e a eficácia do crédito, quitando o 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 a 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 nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou assinatura (ou nasceu)?

☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente ainda de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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, CATOLE DO ROCHA - 05 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0999/2019**

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTO**

Data do fato: **09/06/2019** hora: **20h28min**

Notificante: **BRENO SANTOS DE RESENDE**, alcunha "\*\*\*\*",  
Nacionalidade: brasileira, naturalidade: São Paulo-SP, nascido em  
13/01/2001, documento: CPF N° 151.368.394-22, RG N° 53.215.230-X,  
filho de Uigna Santos de Oliveira e de Paulo Roberto de Resende,  
endereço: Rua alvaro Azarias, 371 Loteamento São Pulo, nesta  
cidade, referência: 84-99666-8044

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Homero Perazzo

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de 09/06/2019, às 20h28min, conforme ficha de atendimento medico/ambulatorial do Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB e Declaração da Diretoria do Hospital Regional, informando que deu entrada naquele Hospital vítima de acidente com moto, este notificante quando dirigia a moto de marca YAMAHA/YBR 125R, ano/modelo 2008/2008, de cor vermelha, CHASSI N° 9C6KE092089193274, placas MYW-4942/RN, saindo de sua residência com destino a casa de um amigo no bairro Luzia Maia, pela Rua Barão do Rio Branco, não percebendo um redutor de velocidade (quebra mola), devido a rua ser de calçamento, após passar pela lombada veio a perder o controle de sua moto caindo ao solo, sofrendo escoriações pelo corpo, na tentativa de colocar a mão direita para evitar o impactor, sofreu uma fratura na referida mão, sendo socorrido por terceiros para o Hospital desta cidade. Por esse motivo comunica o fato e pede providências. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 17 de outubro de 2019. Às 17:30 horas.

*Breno Santos de Resende*

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
José Carlos da Silva Filho  
Matrícula: 135602-0





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do seguro no AS:

0435350139

3 - CPF da vítima:

151.368.394-22

4 - Nome completo da vítima:

BRENO SANTOS DE RESENDE

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

5 - Nome completo:

BRENO SANTOS DE RESENDE

6 - CPF:

151.368.394-22

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA ALVARO AZARIAS

9 - Número:

371

10 - Complemento:

11 - Bairro:

LOTEAMENTO SÃO PAULO

12 - Cidade:

CATOLE DO ROCHA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.884-000

15 - E-mail:

resnetasromyza@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(14)99666-8044

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

3750

CONTA:

0641841

4

(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 a 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 a direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)?

☐ 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente ainda de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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:

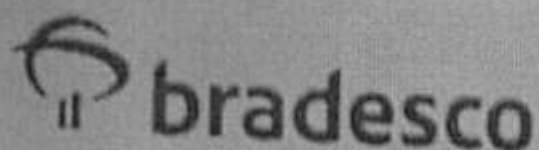
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CATOLE DO ROCHA - 05 DE DEZEMBRO de 2019

Breno Santos de Resende  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Amélia Romayra de F. G. Medeiros  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BDN - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Corrente

Data: 25/11/2019 Term: 063800 Hora: 13:08  
N.Trans: 8703

Valor: 100,00

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 3750 / NEXT

Conta: 0641841-4

Titular 1: BRENO SANTOS DE RESENDE

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Apos o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talao de cheques em segundos.  
Sem pedir no balcao,  
nem esperar pelo correio.

---

**Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190679952**

**Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE**

**Data do Acidente: 09/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), BRENO SANTOS DE RESENDE**

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



---

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190679952**

**Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE**

**Data do Acidente: 09/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), BRENO SANTOS DE RESENDE**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 09/06/2019, emitida pelo Dr. MORGANA RODRIGUES, CRM nº 8760 - PB, da Instituição HOSPITAL REGIONAL CATOLÉ DO ROCHA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679952 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRENO SANTOS DE RESENDE **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO (ESCORIAÇÕES) EM MEMBROS SUPERIORES E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435350/19

**Vítima:** BRENO SANTOS DE RESENDE

**CPF:** 151.368.394-22

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 09/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BRENO SANTOS DE RESENDE

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**BRENO SANTOS DE RESENDE : 151.368.394-22**

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: 05/12/2019  
Nome: BRENO SANTOS DE RESENDE  
CPF: 151.368.394-22

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

BRENO SANTOS DE RESENDE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA