



Número: **0063339-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70722629	09/11/2020 14:44	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, 11 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284275

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

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 16020099

Pag. 01421/01422 - 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, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284275

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000012163549-1

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

Estamos aqui para Você





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, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284275

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01193/01194 - carta_02 - INVALIDEZ

00050597



Carta nº 16108552





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, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284275

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 09/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

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\$ 168,75

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

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 168,75

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000012163549-1

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

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 056.118.468-23 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO

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

5 - Nome completo: JOSÉ BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 056.118.468-23
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: SI LAGOA DA ONÇA 9 - Número: 680 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: FREI MIGUELINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.780-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 151 19.900-1998

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:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.000,00 A 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 POUANÇA (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)

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: NUBANK (260)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 12163549 1 (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 e que eu não tenho direito, recebimento de cancelo, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualquer total de 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.047/74), 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.

Por isso 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 6.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Dado de identificação 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tem filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascido (ou 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 ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem apresentar e provar esta condição, estando ciente, a partir 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: FREI MIGUELINHO, 25/06/2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FP5.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0220000252

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2020 às 14:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 9/5/2020 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, BAIRRO ZAMBA - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JOSIVALDO DA COSTA SILVA (OUTRO)
JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO

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

JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **19/12/1957** Nacionalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11613047/SSP/SP (RG), 05611846323 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1, SÍTIO LAGOA DA ONÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSIVALDO DA COSTA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIVALDO DA COSTA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **K009213 (PERNAMBUCO/SURUBIM)** Renavam: **882634038** Chassi: **9C2JC30706R454674**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 09 DE MAIO DE 2020 POR VOLTA DAS 3H00 CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA K009213 PELO BAIRRO ZAMBA, E AO ADENTRAR NA RUA BEIRA RIO, EFETUOU UMA FREADA BRUSCA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA QUE VEIO A CAIR, TENDO O MESMO SOFRIDO LESÕES GRAVES EM SUA PERNA DIREITA. NA OCASIÃO, FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO GAMU AO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

[Assinatura de José Barbosa da Silva Filho]
JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO
(VÍTIMA)

B.O. registrada por: **PEDRO LIVIO COSTA HONORATO** - Matrícula: **3996123**

19/06/2020 14:31





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
056.118.468-23 JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO

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

5 - Nome completo: JOSÉ BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 056.118.468-23
7 - Profissão: REC. INFORMAR 8 - Endereço: SI LAGOA DA ONÇA 9 - Número: 680 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: FREI MIGUELINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.780-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 151 17.9100-1998

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:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.000,00 A 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 POUANÇA (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)

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: NUBANK (260)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 12163549 1 (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 e que eu não tenho direito, recebimento de banco, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualquer total de 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 5.04/74), 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.

Por isso 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 6.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Dado de identificação 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tem filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascido (ou nascido)? ☐ 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 ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem apresentar e provar esta condição, estando ciente, a partir 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: FREI MIGUELINHO, 25/06/2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FP5.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	20/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000012163549-1

Nr. da Autenticação 1EE3BBEB63C8B1A8



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/09/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	168,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000012163549-1

Nr. da Autenticação 82D94E80489B27A4



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica
COMER
Atendimento ao deficiente auditivo

Agência de Regulação dos Serviços Públicos
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação
Agência Nacional de Energia Elétrica-ANEEL
167-Ligação Gratuita

DADOS DO CLIENTE

CLEONICE ALVES DE MOURA SILVA
CPF: 704.752.374-04 NIS: 16203577953

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAGOA DA ONA 680

SITIO LAGOA DA ONCA/FREI MIGUELINHO RURAL
55780-000 FREI MIGUELINHO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

16/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,03

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/04/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

103631727

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM N
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

6A62.102E.7141.3E80.8280.480B.5A2B.26C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10164199	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	67,00	0,17424342	9,93
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09352837	2,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	67,00	0,15033438	9,13
Contrib. Hum. Pública Municipal			3,13

TOTAL DA FATURA			28,03
-----------------	--	--	--------------

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		24,90	1,10	24,90	4,99
					1,24

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	Diário	Vencido
15/03/20	05/04/20	30
14/02/20	05/03/20	28

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, por descumprimento dos critérios definidos no Art. 99 RENOVA-ANEEL, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito.

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,05546200	ABR
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200	MAR
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783200	FEV
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15057000	JAN

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%	
Geração de Energia	51,03	44,30	OUT
Transmissão	5,29	5,18	SET
Distribuição (Celpe)	7,44	21,48	AGO
Franquia Setorial	0,70	3,08	JUL
Tributos	1,41	6,06	JUN
Perdas de Energia	2,47	5,92	MAI
TOTAL	21,50	100	ABR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

00000003190751963 CAT 09/03/2020 368,00 08/04/2020 453,00 30 1,00000 0,00 87,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/05/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VAP
DIC-Nº de horas sem Energia		0,00
PD-Nº de vezes sem Energia		0,00
DIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico		
BSD-Valor do Encargo de Uso R\$ 12,58		

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores D

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Illy variedades: avenida presidente Kennedy 240 centro / olimpico gomes Monteiro - me: av presidente Kennedy 140 centro Lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

NÍVEL

TENSÃO NOMINAL[V]

08/06/2020 08:42

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221704 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF nº 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ BARBOSA DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.118.468 / 23, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima ADRIANA M. M. DE A. FERNANDES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.118.468 / 23, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

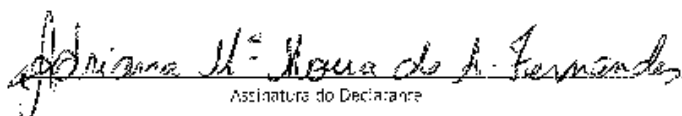
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.750-000</u>
E-mail _____		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.9700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9.9161-3907</u>

SURUBIM, 25 de JUNHO de 2020

Local e Data


Assinatura do Declarante

DI DRL 001 V001/2017





FUNDATA

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. **José Barbosa da Silva Filho**, nascido 19 de dezembro 1957, deu entrada neste hospital no dia 09 de maio de 2020 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº5250 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5935082.

Taquaritinga do Norte, 23 de junho de 2020.


Maria Magda dos Santos
Diretora Administrativa - FUNDATA
Matrícula: 000647

Rodovia PE -130, Km 08. Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192.
E-mail: fundata@hotmail.com



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 5250 DATA: 2020-5-9 HORA: 9:4:17

NOME: Jose Barbosa da Silva Filho SEXO: M DATA NASC: _____
TEL: _____

IDADE: 63 ANOS COR: PARDA ESTADO CIVIL: _____ CPF: SUS: 63 2405

PAI: MÃE: _____

ENDEREÇO: Rua da Igreja Nº _____

BAIRRO: Centro * CIDADE: FREI MIGUELINHO UF: PE

OCORRÊNCIA: _____

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 170x90 PULSO: 102 FR: _____ PESO: _____
HGT: 92 TEMPERATURA: _____ SPO₂: 95-96% GLASGOW: 15

ANAMNÊSE

Ex - exposta de gases da perna @ + f. de mordida (??).
Sem TCE, não houve trauma físico.

() ALTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

PROCEDIMENTO:

① limpeza + sutura

② SF C. 34. 500 ml EV

③ SVD Fato: 10/00 genital

Dr. Antônio Amorim
CRM-PE: 29165

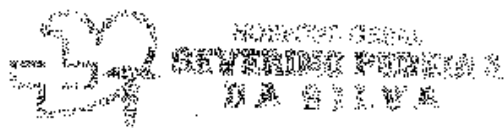
HRD - 5935 082

- Realizada SVD com sangramento genital. Presença de SVD n. 146.
procedimento realizado com sucesso, sem complicações.

ROSALINDA MIRANDA
R. 147 - ENF

ATENDENTE: TIEL TRAVASSOS DE MOURA





RECEITUÁRIO MÉDICO

Jose Barbosa da Silva Filho, 62

de moradia em 6 quartos de 16m²
Rua D. São TCE, 150 e 160m²
P. de moradia???

MED - 5935 087

CRP - RJ 20165

DR. ANTONIO ANTONIO
CRM-PE 20165



MUNICÍPIO DE
ITAQUAITINGA
P. de moradia

SAÚDE



Maria Regina dos Santos
Diretora Administrativa - FUNDAÇÃO
Matrícula: 000647





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) José Barbosa da Silva Filho, com Registro Hospitalar: 358392, esteve interno (a) nesta unidade de saúde no dia, 09/05/2020 a 14/05/2020

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 06 de Julho 2020

RG-754.975/0265-21
ESAM - Hospital Regional do Agreste
55.732.000-139
Indicação: 000.039.0-500
Caruaru - PE

Setor de Arquivo (same)



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Volume 20, Number 1, 1997

2. Location _____

[illegible]

Prescription _____ Date _____

[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente

SILVIA CRISTINA S. SILVA

Nº de Registro

Data

10/11/2020

Mês de Ano

Módulo

2º andar - 2020

Nº de Serviço

10.11.2020

Assessoria

Assessoria

Assessoria

Assessoria

Assessoria

10/11/2020

Assessoria

Assessoria

Assessoria

Assessoria

Assessoria

Assessoria

Assessoria

DESCRIÇÃO DO ATIV OPERATÓRIO

1. Realizar a coleta de sangue para exames de rotina e para o diagnóstico de doenças infecciosas.

2. Realizar a coleta de sangue para exames de rotina e para o diagnóstico de doenças infecciosas.

3. Realizar a coleta de sangue para exames de rotina e para o diagnóstico de doenças infecciosas.

4. Realizar a coleta de sangue para exames de rotina e para o diagnóstico de doenças infecciosas.

5. Realizar a coleta de sangue para exames de rotina e para o diagnóstico de doenças infecciosas.



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

Nome	
Idade	
Sexo	
Endereço	
Cidade	
UF	
CEP	
Telefone	
Profissão	
Religião	
Estado Civil	
Cor	
Altura	
Peso	
Temperatura	
Frequência Cardíaca	
Frequência Respiratória	
Pressão Arterial	
Saturação de O2	
Diagnóstico	
Exames	
Tratamento	
Observações	

Nome	
Idade	
Sexo	
Endereço	
Cidade	
UF	
CEP	
Telefone	
Profissão	
Religião	
Estado Civil	
Cor	
Altura	
Peso	
Temperatura	
Frequência Cardíaca	
Frequência Respiratória	
Pressão Arterial	
Saturação de O2	
Diagnóstico	
Exames	
Tratamento	
Observações	

Nome	
Idade	
Sexo	
Endereço	
Cidade	
UF	
CEP	
Telefone	
Profissão	
Religião	
Estado Civil	
Cor	
Altura	
Peso	
Temperatura	
Frequência Cardíaca	
Frequência Respiratória	
Pressão Arterial	
Saturação de O2	
Diagnóstico	
Exames	
Tratamento	
Observações	

Nome	
Idade	
Sexo	
Endereço	
Cidade	
UF	
CEP	
Telefone	
Profissão	
Religião	
Estado Civil	
Cor	
Altura	
Peso	
Temperatura	
Frequência Cardíaca	
Frequência Respiratória	
Pressão Arterial	
Saturação de O2	
Diagnóstico	
Exames	
Tratamento	
Observações	

Nome	
Idade	
Sexo	
Endereço	
Cidade	
UF	
CEP	
Telefone	
Profissão	
Religião	
Estado Civil	
Cor	
Altura	
Peso	
Temperatura	
Frequência Cardíaca	
Frequência Respiratória	
Pressão Arterial	
Saturação de O2	
Diagnóstico	
Exames	
Tratamento	
Observações	



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. MARCIO CAVALCANTI

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R2

2º Assistente:

Instrumentador: VICTOR

Anestesista: Dr. Gileno

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 13/05/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TIBIA D DIAFISARIA

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE TIBIA D COM HASTE BLOQUEADA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL AO JOELHO D + INTRODUZIDO INICIADOR SOB FLUOROSCOPIA
4. PASSAGEM DE FIO GUIA + FRETAGEM DO CANAL MEDULAR + INSTALAÇÃO DE HASTE COM BLOQUEIOS PROXIMAIS E DISTAIS
5. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%
6. SUTURA POR PLANOS E PELE COM NYLON 3.0
7. CURATIVO
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:44:41
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914444105700000069343102
Número do documento: 20110914444105700000069343102



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Jane Barbosa da Silva Rêgo

Prontuário: ~~358399~~ 358392

Data: 14/05/20 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fit. Ruim

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Ab. artrose em joelhos

TRATAMENTO REALIZADO:

fit. exp.
ATB + AIN + cultura de urina

Ato Hospitalar Data: 14/05/20

16/06/20

67

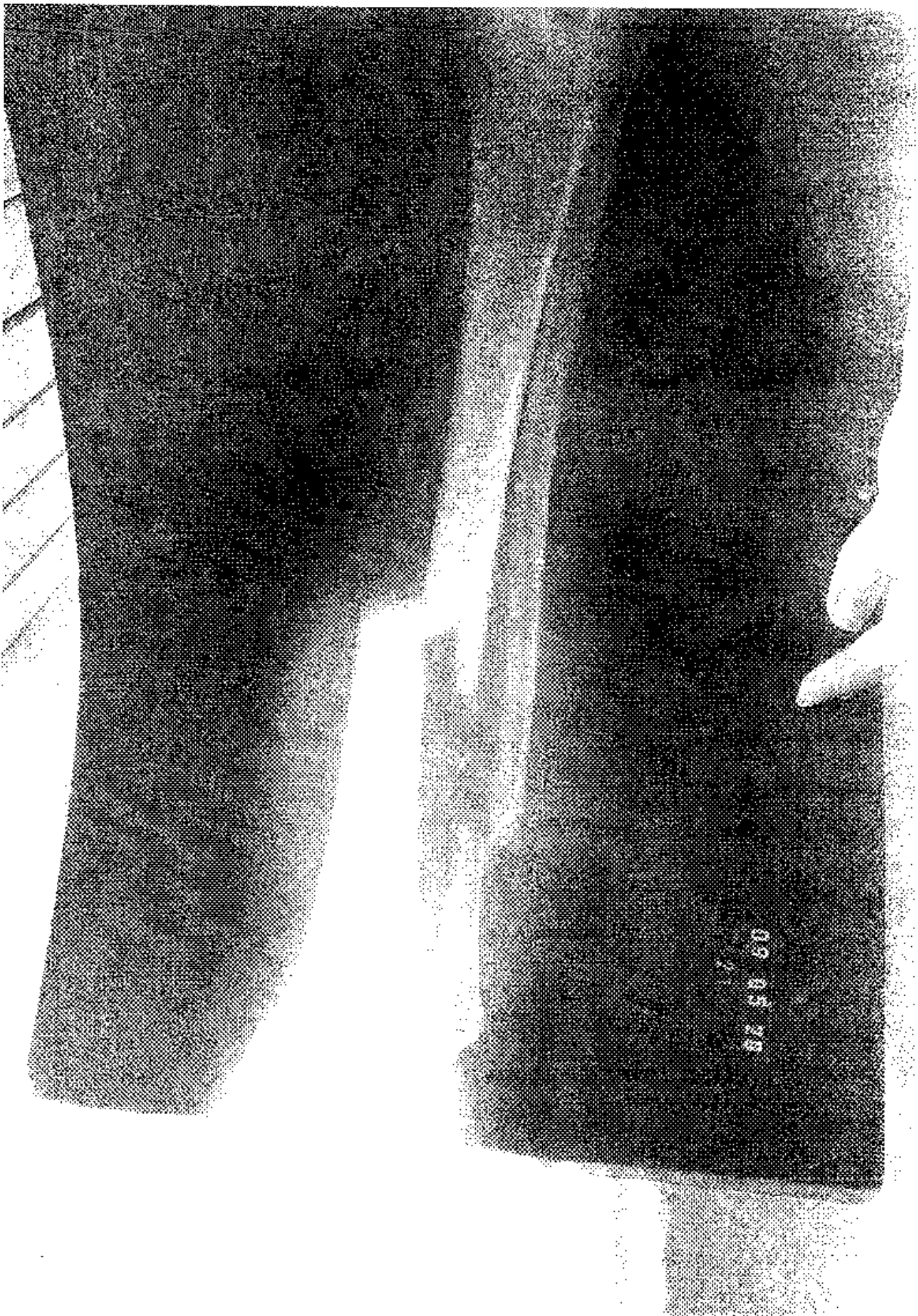
Dr. Ricardo Melo

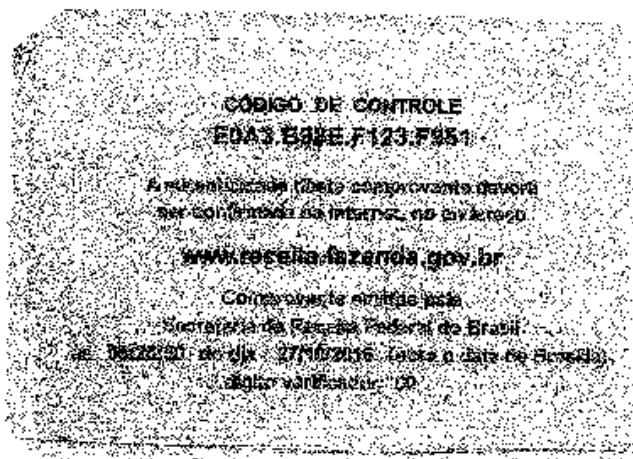
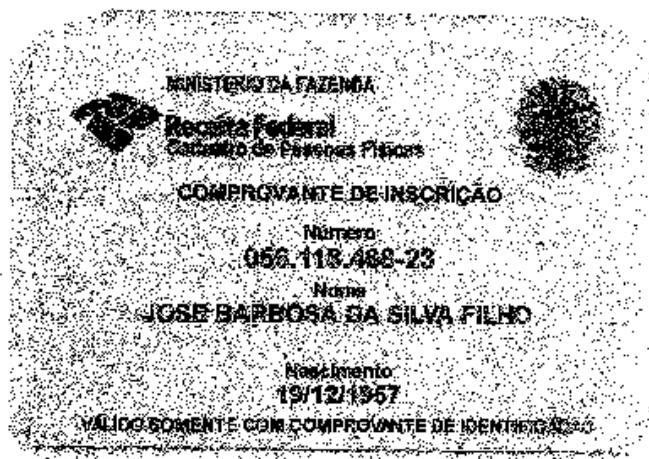
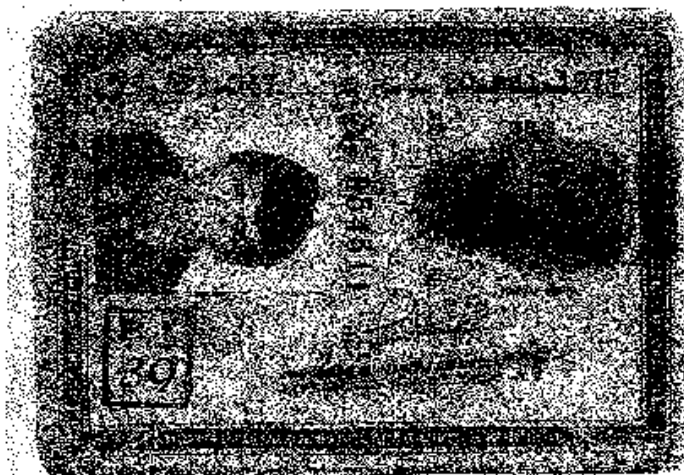
Dr. Ricardo Melo
Régua de Especialidade
CRM 100000000000000

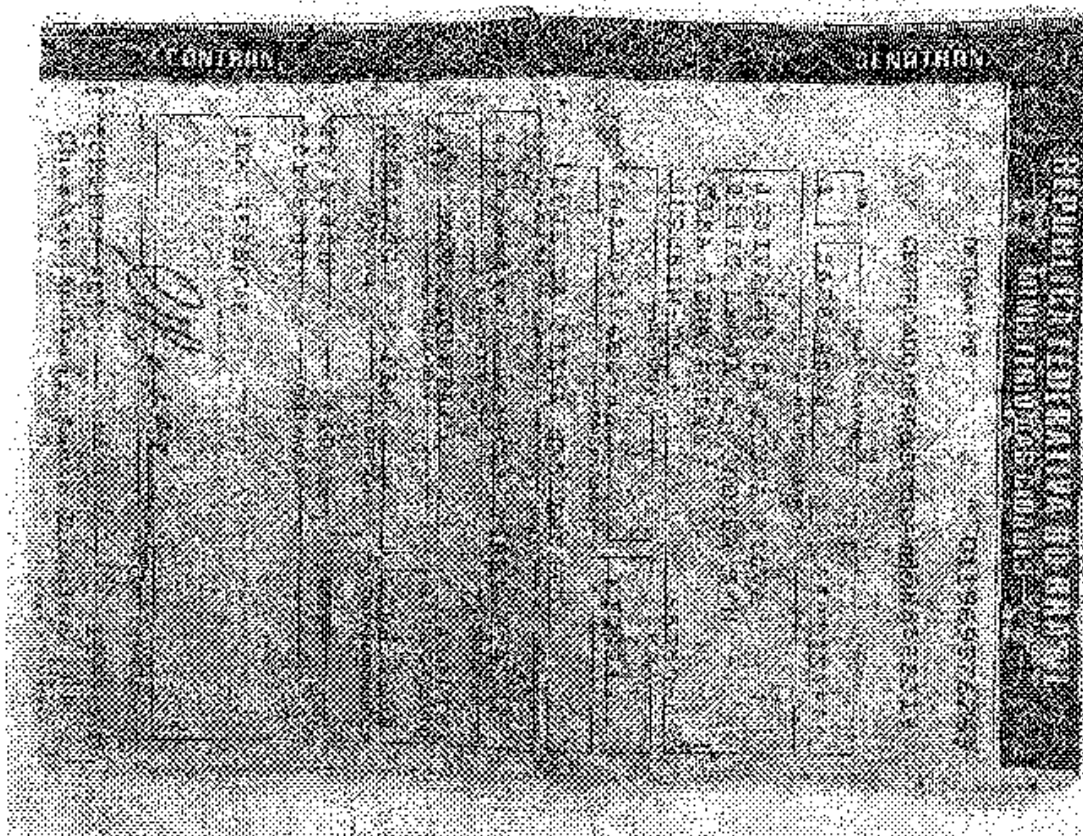
Ass. do Médico a CRM
Carimbo

Digitalizado com CamScanner









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200284275 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 09/05/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.6.8 _CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200284275 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 09/05/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da perna direita (tíbia)

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Submetido em 09/05/2020 a tratamento cirúrgico com colocação de fixador externo linear em perna direita, posteriormente em 13/05/2020 realizada nova cirurgia para retirada do fixador e realizada osteossíntese com colocação de haste com bloqueios proximais e distais da tíbia direita. Evoluindo sem complicações registradas, com alta médica.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU SEVERO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/09/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/08/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO GRAU LEVE. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 75% DO TORNOZELO DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO SEVERO DO TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200284275](#)

Nome do(a) Examinado(a): [JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [SIT LAGOA DA ONCA, 680, CASA, Frei Miguelinho/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP-SP / 11613047](#)

Data e local do acidente: [09/05/2020 - Taquaritinga do Norte/PE](#)

Data e local do exame: [17/09/2020 - Caruaru/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -8.27084 , longitude: -35.978](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[Fratura exposta da perna direita \(tíbia\)](#)

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

[osteossíntese com fixador externo no primeiro tempo e haste no segundo tempo](#)

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

[Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericrânio possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.](#)

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

[Sim](#)

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[dano do tornozelo direito](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

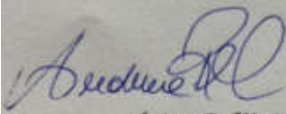
() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



Tornozelo Direito - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Andrea R. Madeira
CRM-19953



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222996/20

Vítima: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

CPF: 056.118.468-23

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2020

Titular do CPF: JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE BARBOSA DA SILVA FILHO : 056.118.468-23

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: 10/08/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.
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 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 04
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200284275**
Data da solicitação: **31/08/20** (DD/MM/AA)
Nome do beneficiário: **José Barbosa da Silva Filho**
CPF do beneficiário: **056.118.468-23**
Nome do solicitante: _____
CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **81.9.9665-0454** Tel. Comercial: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DANO (DESPEAS 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?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Relatório de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: **Doc. de Imagem** (DESCREVA)

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

Solicito que meu processo seja reanalisado, pois foi liberado um valor inferior a que tenho direito, peço que seja marcado uma perícia para que seja analisado minhas sequelas.

x **José Miguelinho, 31 de Agosto de 2020.**
Local e Data

x **José Barbosa da Silva Filho**
Assinatura do solicitante ou do quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário(viúva) não usufruindo:

O não usufruimento deverá ser comprovado, de sua residência, atualizada, maior e copia, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo).

