



Número: **0058861-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                    |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|--------------------|
| ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO (AUTOR) |                    | VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO) |                    |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) |                    |                                               |                    |
| Documentos                            |                    |                                               |                    |
| Id.                                   | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo               |
| 71811112                              | 30/11/2020 16:22   | <a href="#">ANEXO 1</a>                       | Outros (Documento) |



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

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406430

Vítima: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

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 14525533

Pag. 00479/00480 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190406430**

**Vítima: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000002193**

**Conta: 0000043500-5**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 2193 CONTA: 43500 5

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 assinalado, 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PF





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 008ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096002825



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/05/2019 às 16:31

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 30/4/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 1, AVENIDA BEIRA RIO, TORRE, RECIFE-PE** - Bairro: **TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOAO BOSCO GOMES (AUTOR / AGENTE)  
ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO BOSCO GOMES

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

**ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA FIRMINO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **27/3/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4337187/SSP/PE (RG); 79997783468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **PORTEIRO** Telefones Celulares: **- 81988900591**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 1, RUA DR. JOAO LACERDA, BLOCO 17, AP 103, CORDEIRO, RECIFE-PE - CEP: 55000-000** - Bairro: **CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOAO BOSCO GOMES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 1, RUA VITORIANO PALHARES, 218, AP. 1203, TORRE, RECIFE-PE - CEP: 55000-000** - Bairro: **TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02/05/2019

02/05/2019, 16:31

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Placa: **PBT7936** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **803206867** Chassi: **9C2KC1650ER017301**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

**HONDA FIT (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO BOSCO GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO BOSCO GOMES**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/FIT** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEI5134** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **462531163** Chassi: **93HGE8890DZ200477**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/NÃO INFORMADO**

### Complemento / Observação

A VÍTIMA QUALIFICADA ACIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL DE QUE TERÇA-FEIRA, DATA (30/04/2019), POR VOLTA DAS 14HS, VINHA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA PELA AVENIDA BEIRA RIO, TORRE, RECIFE-PE; QUE O CONDUTOR DO HONDA FIT COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR DA MOTOCICLETA CAIU NO CHÃO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRO PELO SAMU PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) 24H CAXANGÁ (DATA DO ATENDIMENTO: 30/04/2019; PRONTUÁRIO: 00218480; N° ATENDIMENTO: 01296386; SERVIÇO: ORTOPEDIA /TRAUMATOLOGIA; MEDICO: APULEU VIEIRA CRM: N°2007). POIS, O DECLARANTE, NÃO TENDO NADA MAIS A DECLARAR, EU, DOU POR ENCERRADO ESTA CONFEÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA ELETRÔNICO.

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

**ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CHARLES ARAUJO LIMA** - Matrícula: **319913-4**



OS.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 JUN 2019

02/05/2019 16

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 2 - CPF da vítima: 799.977.834-68 4 - Nome completo da vítima: OSTEVO FIRMINO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: Ostevo Firmino do Nascimento 6 - CPF: 799.977.834-68  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: 6 Trav. Francisco Balpaz 9 - Número: 08 10 - Complemento: Ed-06  
11 - Bairro: Parabólica Timosa 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51010-376  
15 - E-mail: 8113011-3224

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:

☒ RECLUSO 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 as faixas abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0193 CONTA: 43500 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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 de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 - Graude 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 rastrear (se não)? ☐ 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 Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 07.07.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





Nome: 218480-ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO  
Sexo: MASCULINO  
Contatos: / 81-988905191

Idade: 45a 1m  
Nascimento: 27/03/1974

Mãe: MARIA DE FATIMA FIRMINO DO NASCIMENTO

Endereço: DOUTOR JOAO LACERDA, 103 - CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP: 50711280

Data de Atendimento: 30/04/2019

Prontuário: 00218480

Nº Atendimento: 01296386

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: APULEU VIEIRA CRM: Nº 2007

### REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO E DOR POR COLISÃO MOTO X CARRO

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA NO MSD

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO SEM DESVIL

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



# 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: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02193

CONTA: 000000043500-5

---

---

Nr. da Autenticação 887E75F49A603122



**TIM**

Viver sem fronteiras

Nota Fiscal - Fatura de Serviços de Telecomunicações  
Número: 000.802.494-41  
TIM Celular S.A.  
Av. Giovanni Gronchi, 7143-Belo Rio do Sul  
CNPJ: 04.208.030/0001-82 - I.E.: 116.549.102.112  
CNPJ da Matriz: 04.208.030/0001-82

Cliente: 112585451  
CPF/CNPJ: 8  
Emissão: 24/05/2019 - Período: 03/08/2018  
Nº de Fatura: 00012 - Período: 28/04/2018 a 23/05/2018  
Data Autenticação: 112585451-2

Página 1 de 4



ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO  
R. TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS, 08 - C-08  
BRASILIA - DF  
51010-378 RECIFE - PE



VALOR  
R\$ 59,90

DATA DE VENCIMENTO  
15/08/2019

T.M. - Agência dos serviços de telecomunicações do Grupo TIM no Brasil

Entenda Melhor a sua conta TIM acessando na internet o link [http://www2.tim.com.br/plano/pdp\\_entenda\\_sua\\_conta\\_tim](http://www2.tim.com.br/plano/pdp_entenda_sua_conta_tim)

Nº do Celular: (81) 9 9710-8292

|                                                   | QUANTIDADE | Nº DIAS | TRIBUTOS   | VALOR |
|---------------------------------------------------|------------|---------|------------|-------|
| 01 - MENSAIDADES E FRANQUIAS                      |            |         |            |       |
| 02 - Pacote TIM BRASIL 120 min                    | 1          | 28      | 30% - ICM5 | 59,90 |
| 03 - PACOTES                                      |            |         |            |       |
| 04 - Pacote TIM BRASIL 120 min - (81) 9 9710-8292 | 120        | -       | -          | -     |
| 05 - Pacote VIAGEM 40 min - (81) 9 9710-8292      | 40         | -       | -          | -     |
| 06 - Pacote Dados 500 MB - (81) 9 9710-8292       | 500,00 MB  | -       | -          | -     |
| 07 - Pacote 50 TIM TORPEDOS - (81) 9 9710-8292    | 50         | -       | -          | -     |
| 08 - Pacote TIM FOTOMENBAGENS - (81) 9 9710-8292  | 50         | -       | -          | -     |
|                                                   | QUANTIDADE |         |            | VALOR |
| 09 - CHAMADA DENTRO DA REDE TIM                   | 10         | 22m00s  | 30% - ICM5 | 0,00  |
| 10 - Chamada Local para Outros Celulares          | 25         | 03m24s  | 30% - ICM5 | 0,00  |
| 11 - Chamada Local para Telefones Fixos           | 12         | 09m00s  | 30% - ICM5 | 0,00  |
| 12 - Chamada de Acesso *100                       |            |         |            |       |
| 13 - TOTAL TIM                                    |            |         |            | 59,90 |

Reservado ao Fisco: 20FF,756C,80A3,EA5D,7AC3,9C44,138B,8FEC

IMPOSTO  
ICMSALÍQUOTA  
50%BASE DE CÁLCULO  
R\$ 59,90VLCR  
R\$ 17,57FUST: R\$ 6,34  
FUNTTEL: R\$ 0,27Sugestão: Condições e Lógica de Cálculo \*144 de sua  
célula ou acessar [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br)

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) são cobradas automaticamente da fatura

112585451-2

**TIM**

TIM Celular S.A.

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático utilizando o número de identificação  
de Débito automático indicado neste boleto.NOME DO CLIENTE  
ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO

| IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO | MES DE REFERÊNCIA | MES DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | VALOR     |
|------------------------------------|-------------------|----------------|--------------------|-----------|
| 112585451-2                        | mai/19            | 24/05/2019     | 15/08/2019         | R\$ 59,90 |



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
02 JUL 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



## 2ª Via de Futuro

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

**TRATAMENTO DE SEGURANÇA**  
**02 JUL 2019**  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE

| Tarifas Aplicadas   |           | HISTÓRICO DO CONSUMO |     |
|---------------------|-----------|----------------------|-----|
| Consumo Ativo (kWh) | 6,2270883 | MAR 19               | 482 |
|                     |           | ABR 19               | 463 |
|                     |           | MAY 19               | 389 |
|                     |           | JUN 19               | 471 |
|                     |           | JUL 19               | 395 |
|                     |           | AGO 19               | 436 |
|                     |           | SET 19               | 458 |
|                     |           | OCT 19               | 472 |
|                     |           | NOV 19               | 423 |
|                     |           | DEZ 19               | 475 |
|                     |           | JAN 20               | 476 |
|                     |           | FEB 20               | 546 |
|                     |           | MAR 20               | 523 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |               |            |
|-----------------------|---------------|------------|
|                       | RS            | %          |
| Gerção de Energia     | 115,79        | 21,84      |
| Transmissão           | 13,80         | 2,34       |
| Distribuição (Cabo)   | 13,80         | 25,48      |
| Encargos Sociais      | 16,47         | 3,02       |
| Tributos              | 115,20        | 21,52      |
| Perdas de Energia     | 24,70         | 4,54       |
| <b>TOTAL</b>          | <b>385,26</b> | <b>100</b> |

| DESCRIÇÃO                                  | CONJUNTO | VALOR APROXIMADO  | MÉDIA MENSTRAL | MÉDIA TRIMESTRAL | MÉDIA ANUAL |
|--------------------------------------------|----------|-------------------|----------------|------------------|-------------|
| mar/2019                                   |          |                   |                |                  |             |
| DIS-No de horas sem Energia                |          | 0,30              | 0,30           | 0,30             | 0,30        |
| FIC-No de vezes sem Energia                |          | 0,30              | 0,30           | 0,30             | 0,30        |
| BMG-Duração máxima de interrupção contínua |          | 0,30              | 0,30           | 0,30             | 0,30        |
| GIOR-Duração de interrupção em dia crítico |          | Limite INCR: 0,90 |                |                  |             |
| CUB-Valor de Curação de Usos = R\$ 125,25  |          |                   |                |                  |             |

| NÍVEL DE TENSÃO       |                        |        |
|-----------------------|------------------------|--------|
| TENSÃO NOMINAL (V)    | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |        |
|                       | MÍNIMO                 | MÁXIMO |
| 220                   | 202                    | 231    |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |                        |        |

**AUTENTICAZIONE MECCANICA**

8388000000030 978600110072 027598775103 139380692130



[BUDGETARY INFORMATION FOR THE FISCAL YEAR 2016](#)





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

### 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/BIBLIOTECASWEB/DOCUMENTALAS/XTTIPO=1&CEIDISO=29636>

A Circular SUSEP 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.633/98.

Pelo exposto, eu Lucas Vinicius Maia Sepulveda  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.711.374 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Estevão Firmino do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 799.977.834 / 68  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Estevão Firmino do Nascimento  
inscrito (a) no CPF sob o nº 799.977.834 / 68 conforme determinação da Circular Susep 445/12.  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Nenhum 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 da 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>R. Fernando Costa</u>                 | Número: <u>21</u>     | Complemento: <u>B</u>            |
| Bairro: <u>Atlântico</u>                           | Cidade: <u>Olinda</u> | Estado: <u>PE</u>                |
| E-mail: <u>FRAGGESSORIADPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u> |                       | CEP: <u>53140-300</u>            |
|                                                    |                       | Tel (DDD): <u>(81) 3011-3224</u> |

Local e Data: Olinda, 02/07/2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

DLDR.L001 V001/2017





Nome:  
218480-ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO  
Sexo: Contatos:  
MASCULINO - / 81-988905191

Idade: Nascimento:  
45a 1m 27/03/1974

Mãe:  
MARIA DE FÁTIMA FIRMINO DO NASCIMENTO

Endereço:  
DOUTOR JOÃO LACERDA, 103 -  
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:  
50711280

Data do Atendimento: 30/04/2019

Prontuário: 00218480

Nº Atendimento: 01296386

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: APULEU VIEIRA CRM: Nº 2007

### REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO E DOR POR COLISÃO MOTO X CARRO

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA NO MSD

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO SEM DESVIL

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

UPA24h  
Dr. Audrey Bastos  
CRM: 11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/04/2019 16:27:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO RG: PESO:  
IDADE: 45 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:  
Data de Nascimento: 27/03/1974  
PRESTADOR ASSISTENTE: APULEU BRUM REGO VIEIRA  
DATA DE ATENDIMENTO: 30/04/2019 15:04:43 ATENDIMENTO: 1296386 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)  
CONVENIO: BUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA + ATESTADO  
FRATURA DE RADIO DISTAL

UPA24H  
UPA CAXANGA 24 h  
Dir: André Vasconcelos  
Enferm: Mariana  
CRM: 17707

APULEU BRUM REGO VIEIRA  
CRM-2007

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
02 JUL 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Roa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais  
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



## UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-04-30 14:56:54

|                     |                                                                                           |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome Paciente:      | ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO                                                             |
| Cód. Paciente:      | 218480                                                                                    |
| Data de Nascimento: | 27/03/1974                                                                                |
| Sexo:               | Masculino                                                                                 |
| Idade:              | 45                                                                                        |
| Senha:              | OR0020                                                                                    |
| Convênio:           | 2 - SUS - AMBULATORIO                                                                     |
| Atendimento:        | 1296386  |
| SAME:               |                                                                                           |

Período: 2019-04-30 14:56:54 - 2019-04-30 15:01:48

|                      |                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prioridade:          | NÃO URGENTE                                                                                                                                                                                                 |
| Cor:                 |  VERDE                                                                                                                     |
| Queixa Principal:    | PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, OCORRENCIA: 821793, VITIMA DE QUEDA DE MOTO EM VIA PUBLICA, REFERINDO DOR EM MSD, SIC. NEGA SINCOPE OU EMESE-SIC.                                                               |
| Observação:          | HAS-<br>DM-<br>HGT 80MG/DL<br>ALERGIAS-                                                                                                                                                                     |
| Fluxograma sintoma:  | TRAUMA LEVE                                                                                                                                                                                                 |
| Discriminador(es):   | - DOR LEVE<br>- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES                                                                                                                                                                     |
| Especialidade:       | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                     |
| Sinais Vitais Lidos: | - REGUA DE DOR: 4<br>- ESCALA DE GLASGOW: 15<br>- CAPNOGRAFIA: 96.00 %<br>- FREQUENCIA CARDIACA: 98.00 BPM<br>- P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG<br>- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG<br>- TEMPERATURA(C): 36.00 C° |

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
02 JUN 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 2019-05-13 15:56:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome: 218480-ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO  
Sexo: MASCULINO  
Contatos: / 81-988905191

Idade: 45a 1m 3d  
Nascimento: 27/03/1974

Mãe: MARIA DE FÁTIMA FIRMINO DO NASCIMENTO

Endereço: DOUTOR JOÃO LACERDA, 103 - CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP: 50711280

Data do Atendimento: 30/04/2019

Prontuário: 00218480

Nº Atendimento: 01296386

Serviço: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

Médico: APULEU VIEIRA CRM: Nº 2007

### ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA F, ATESTO QUE

o Sr.(a): ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO

RG DE Nº:

ÓRGÃO EMISSOR:

CPF NÚMERO:

FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO DIA 30/04/2019

- ☐ NECESSITANDO DE 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES (NO TRABALHO OU ESCOLA), CID-10 S52.6
- ☐ ESTANDO APTO PARA VOLTAR AS ATIVIDADES
- ☐ OUTROS:

RECIFE

TERÇA-FEIRA, 30 DE ABRIL DE 2019

às 16:25 HS.

Prestador: APULEU BRUM REGO VIEIRA

CRM: 2007

### AUTORIZAÇÃO

Eu, ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO

autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID-10.

Assinatura do Paciente ou Responsável

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



# RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| DATA DO ACIDENTE:<br>30/11/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:<br>30/11/2019 |
| NOME COMPLETO DA VÍTIMA:<br>ESTEVÃO FERNANDO DO NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:<br>Paciente vítima de acidente de<br>distração, com fratura de 1/3 distal<br>de Rádio distal                                                                                                                                                                                                 |                                                    |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):<br>Paciente submetida a tratamento conservador<br>Classe Gessade Alho - Palmier                                                                                                                                                                                          |                                                    |
| ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <i>Realizar Fisioterapia</i>                                                                                                                                                                                                               |                                                    |
| EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO<br>CASO POSITIVO DESCREVER:                                                                                                                                                                               |                                                    |
| COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:<br><input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.<br><input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA. |                                                    |

## GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

|    | SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO             |
|----|-------------------------------------------------|
| 1º | Paciente com dor + edema + rigidez + déficit de |
| 2º | força na punho distal, com déficit de           |
| 3º | praxia - SUPINACIA, dor na HSL. (2º grau)       |
| 4º | definitiva                                      |
| 5º |                                                 |

|                                                                                                                                |                    |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|
| AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____<br>E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS. |                    |                                                        |
| LOCAL<br><i>Recife</i>                                                                                                         | DATA<br>01/07/2019 | ASSINATURA E CARIMBO<br><i>Dr. Mauricio César Leal</i> |

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 15 de Novembro de 1988  
 INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS  
 CÂMARA MUNICIPAL DE RECIFE - PERNAMBUCO

**ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO**



DOC. IDENTIDADE, CRI, RENNER, CP  
 4397107 RJT PE

CPF  
 189.877.834-68

DATA NASCIMENTO  
 27/03/1974

ESTADO CIVIL  
 CASADO

NOME DO CÔNJUGUE  
 MARTA DE FATIMA FIRMINO DO NASCIMENTO

PROFISSÃO  
 ADMINISTRADOR

ALCO  
 BRANCO

SEX  
 M

CPF  
 03311198455

DATA DE NASCIMENTO  
 18/09/2022

DATA DE REGISTRO  
 04/03/2004

ASSINATURA DO REGISTRANTE

LOCAL  
 RECIFE, PE

DATA DE REGISTRO  
 19/09/2017

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 1485287239

PROBANDO FALACIA  
 1485287239

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

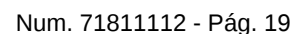
02 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE



[illegible]

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190406430 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 04/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO. (P1)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P5)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 dos punhos | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Optima Turismo do Vassimento  
RG/CNH/CTPS: 433.7197 CPF: 799.977.834-68  
End: 6 Rua Francisco Volpato nº 06  
Brasília Teimosa - Recife - PE  
NATUREZA: Invalidez  
DATA DO SINISTRO: 20/04/2019

Outorgado: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA.  
RG/CNH/CTPS: 8317129 SDS/PE CPF: 076.711.374-80  
End PRAÇA FERNANDES VIEIRA, 21-B, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Estelina Ferreira do Nascimento  
CPF: 799.977.884-68

Revisado em 16 de maio de 2019

Esteban Hernandez do Nascimento  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 21945.00

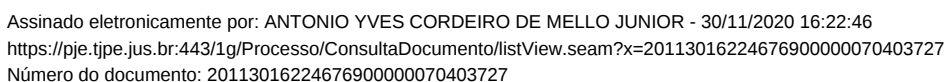
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 1º DEPARTAMENTO JUDICIÁRIO PIAUÍ  
Avenida Casanova, 548B - Santiago - CEP: 65.075-000 - Fone: 911-3433

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de  
**ESTEVÃO PIRES DO NASCIMENTO**  
lançada em minha presença, dou fe.  
Recife, 18 de maio de 2019, 12:07:11.

Em testemunho \_\_\_\_\_  
Willas Melo de Silva (Escrivente Autorizado)

Selo: D07E34D HJP05201902.01190

Fatura nº 239-1219 e 1305 FROM AGRICULTURA FUJARDOS R\$ 0,00 PERDIAS R\$ 0,00 ISS R\$ 0,00 TOTAL R\$ 0,00



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0221254/19

**Vítima:** ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

**CPF:** 799.977.834-68

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 30/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

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

#### ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO : 799.977.834-68

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/07/2019  
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA  
CPF: 076.711.374-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Steffany Carolyn Lins Veloso

