



Número: **0055718-47.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERINALDO FELICIANO DA SILVA (AUTOR)		HILTON SALES DA SILVA JUNIOR (ADVOGADO) HUGO SALES DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72376071	11/12/2020 10:17	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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 0800-0221204 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800-02218189. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800-0221206. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290737

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVAUDEZ

Procurador: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14240782

Pag. 00.306003008 - carta_01 - INVAUDEZ

00020190





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradora-lider.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 4020-1598 (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 0800-022-8189. 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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290737

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVAUÍDEZ

Procurador: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 018301054 - carta_02 - INVAUÍDEZ

00000027



Carta nº 14274111





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradora-lider.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 4020-1598 (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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290737

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVAUDEZ

Procurador: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0001100002 - carta_02 - INVAUDEZ

00076041



Carta nº 14393833





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradora-lider.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 4020-1598 (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 0800-022-8189. 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, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290737

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVAUDEZ

Procurador: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00429/00430 - carta_04 - INVAUDEZ

00020215

Carta nº 14457453





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CR
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR

Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

082.093.537-86

Nome completo da vítima

Erivaldo Feliciano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Erivaldo Feliciano da Silva	082.093.537-86	Servicos Gerais
Endereço	Número	Complemento
Rua Sebastião Alves Barbosa	94	caso
Bairro	Estado	CEP
Adrovela	PE	55500-000
Cidade		Telefone (DDD)
Exada		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (008) ☐ ITAÚ (341)		BANCO	
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA	DIV	AGÊNCIA	DIV
Nº 1116		Nº	
CONTA		CONTA	
Nº 6490	DIV 4	Nº	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Exada 18.23 de Janeiro de 2018

Local e Data



Erivaldo Feliciano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRANCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM. 037221

ERIVALDO FELICIANO DA SILVA 11:04 HRS
AGENCIA 1116 CORREIO BRASILEIRO 21/SET/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 0,00
+ CONTA FACIL (C/C + POMP) 0,00
TOTAL DE RECURSOS 0,00

MOVIMENTACAO CONTA FACIL
DIA HISTORICO VALOR
21 0000000000000000 0,00
= SALDO TOTAL 0,00

Exemplar para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Atto Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279033 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de tarifas PF

05/04/17

8

ARUANA SEGUROS
05 FEB 2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP03º CIRC DINTERI/12º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0153000132

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/01/2018 às
11:51

Complementado pelo BO Número: 18E0153000133

OUTRAS LESÕES ACIDENTAIS (EXCETO LESÃO CORPORAL CULPOSA) -
Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/8/2017 no período da Tarde

Lado da ocorrência: MUNICÍPIO DE ESCADA, 1ª VIA PÚBLICA
Bairro: MATAGROSSO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL
Lado da 1ª VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ERINALDO FELICIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

Veículo: 1ª (BRILHO) (lanado na geração da ocorrência), que estava em
posse do(a) Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA
VEÍCULO: (lanado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA

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

ERINALDO FELICIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
EDNA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 18/11/1978 Nacionalidade: ESCADA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 5047045/RS-PE (RG) Estado Civil: ANUÍADO(A)
Endereço: 1ª, ORAU COMPLETO PIAUÍ-51 OUTRAS PROFISSOES
Endereço: RUA SEBASTIÃO ALVES BARBOSA, Nº 94, AGROVILA -
ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE ESCADA, 04, CASA - CEP: 0 -
Bairro: AGROVILA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

LESÃO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a) ERINALDO
FELICIANO DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA
SILVA

Endereço e área de ocorrência: DESCONHECIDO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO Objeto

ARUANA SEGUROS
11 MAI 2018



Lesão corporal de natureza leve

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA, que estava em posse de(a) Sr(a) ERINALDO FELICIANO DA SILVA, e a placa de identificação é a seguinte: MOTOCICLETA/HONDA/150 Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Unidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFU1740 (PERMAMBURO/SCADA) Placa: 422910379 Chassi:

001K01678CR833551

Alcômetro: 00 Modulo: 2812/2011 Combustível: ALCO GASOL

Complemento e Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR ERINALDO FELICIANO DA SILVA PARA INFORMAR SOBRE UM ACIDENTE DE SOFRIDO COM SUA PESSOA. INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA, COM SUA MOTOCICLETA CIMA CITADA, TRAVEGANDO PELO BAIRRO DO MATADOURO IMDO SENTIDO A SUA RESIDENCIA, SENDO QUE AO DEPARAR COM UM BURACO NA VIA, TENTOU LIVRAR E PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E CAINDO, A VITIMA SENTIU QUE HAVIA QUEBRADO O PULSO DIREITO, MESMO ASSIM CONSEGUIU LIGAR PARA O PAI QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA CIDADE E DEPOIS DE SER ATENDIDO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DON HELDEN NO CASO DE SANTO AGOSTINHO. EM MEIO AOS FATOS A VITIMA VEIO A ESTA DP PARA REGISTRAR O FATO E FAZER UM B.O.

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

Erinaldo Feliciano da Silva
ERINALDO FELICIANO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CICERO SILVA DE BARROS - Matrícula: 350733-5



ARUANA SEGUROS
11 MAI 2018

15/01/2018 14:35





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Everaldo Felleiros da Silva

CPF da Vítima

082.093.577-8

Data do Acidente

17/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Periculado às 23 de Janeiro de 2017
Local e Data



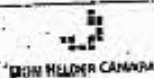
x Everaldo Felleiros da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

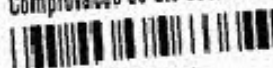
DALE001 V001/2017





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMAR

Comprovação de ato declaratório



0051

Senha da Classificação:

Atendimento: 394812

Data e Hora: 17/09/2017 21:17

Paciente: 97920 ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 15/11/1978 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: EDNA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 17726

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA SEBASTIAO ALVES BARI - AGROVILA

94

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: ANDERSONFMS

RG (Identidade): 8947549

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 08209357786

Fone:

Cartão SUS: 898003442719072

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Idade: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

vítima de acidente com moto tri-
lateral, referindo dores no punho ①

Exame Físico

- dor e edema no punho.
- sequelas de lesão do N. radial proximal

Hipótese Diagnóstica

Fract. do radio distal st desvio

Conduta Terapêutica

RX do punho ① AP/perfil.

Prescrição Médica

Ata axilo. palmar ① CK

Alta

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico

GUANASÉGUROS
FEV-2017



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no posto mais perto da vocal forma vida: av. DOUTOR ZENÉ 52 - MARACUJÁ / SP e a mercadoria: bac machado freixas lista completa, em www.cege.com.br. Na esteira do leilão a palavra em vigor é a VERBA. Mais informações em www.anostrgbr.br. O sistema é composto de duas: há validade da individualidade individual ou do nível de limite de fornecimento. Mais, em caso de erro de venda 25% (Pou444UNESL), Jeroe 15% (Lel 10.43803) a substituição monetária em grão, não. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		NÍVEL DE TENSÃO <table> <tr> <th colspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th colspan="2"></th><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td colspan="2">220</td><td>202</td><td>237</td></tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		TENSÃO NOMINAL (V)		LIMITE DE VARIAÇÃO (V)				MÍNIMO	MÁXIMO	220		202	237
TENSÃO NOMINAL (V)		LIMITE DE VARIAÇÃO (V)													
		MÍNIMO	MÁXIMO												
220		202	237												

FATURA PAGAR	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
--------------	-----------------------

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 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 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 COAF².

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 Roberto Mauro N Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.123.744 / 08
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emivaldo Filipeiro da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 082.093.577 / 86 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidity da Vítima
Emivaldo Filipeiro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.093.577 / 86, 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 Comendador José Pereira</u>		Número <u>286</u>	Complemento <u>Lava</u>
Bairro <u>Costa Rica</u>	Cidade <u>Paraná</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>55500-000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

Exato-le 23 de Janeiro de 2018
Local e Data

Roberto Mauro N Santos
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Vicente da Silva,
 RG nº 3.210.417, data de expedição 28/08/03,
 Órgão SBS/PE, portador do CPF nº 517.779.594-20, com
 domicílio na cidade de Exa da, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Silvestras Alves Barbosa, nº 94,
 complemento Cano, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Geremaldo Feliciano da Silva cujo o condutor era
Valdir Vicente da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA CG 150 FANESI
 Ano: 2012
 Placa: PFU 1746
 Chassi: 9C2RC1670CR 553561
 Data do Acidente: 17/09/2017
 Local e Data: Poranga-PE 20/09/2017

Declaração do proprietário do veículo



Valdir Vicente da Silva
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Serviço Notarial e Registral de Escada - Cartório Único

Reconheço a firma por autenticidade de:
WALDIR VICENTE DA SILVA. Dou fe.
 Em testemunho da verdade.

03/10/2017 15:25:16

Custas R\$ 3,88
 ISR R\$ 0,79
 Total R\$ 4,67

Marcelle Matheus Costa dos Santos - Subst.
 Selo Digital N. 0077594.HEN9201701.02330
 Consulte autenticidade em iam.tjpe.jus.br/selodigital

Av. BR. ADEMAR HENRIQUE, 188 - CENTRO - ESCADAPV - CEP: 55.000-000 - TEL: (81) 3534-1967/307



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PAÇO-RIO PLENIQ)

[illegible]

GRANDE CAPACIDADE FUNCIONAL (Universidade) - (a) pedir o segmento e a de 10 mil e 10 mil

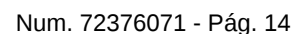
1. member Superior Order ± Conf.
2. Deputy Provincial also Town.

21/03/19 21/03/19

[Handwritten signature]

John Ricardo P. Portico
Cebu City Translations
0917-1142

24 APR 1979





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Documentação médica - hospitalar



0051

Endimento: 394812

Senha da Classificação:

Data e Hora: 17/09/2017 21:17

Paciente: 97920 ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 15/11/1978 Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMBAURG

Nome da Mãe: EDNA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17728

Endereço: RUA SEBASTIAO ALVES BARI -- AGROVILA 94

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA PE

Usuário Atendimento: ANDERSONFMS

RG (Identidade): 8947549

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 06209357788

Fone:

Cartão SUS: 898003442719072

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

vítima de acidente com moto tri =
4 horas, referindo dores no punho (D)

Exame Físico

dores e edema no punho.
sequela de lesão do N. radial prev.

Hipótese Diagnóstico

Fract. do radio distal sl desvio

Conduta Terapêutica

RX do punho (D) AP/perfil

Prescrição Médica

Tala axilo. palmar (D) CK

Alto

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

05 FEB 2017



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2017 21:13

Nome Paciente: ERINALDO FELICIANO DA SILVA
Cód. Paciente: 97920
Data de Nascimento: 15/11/1978
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0051
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 394812
SAME:

Período: 17/09/2017 21:31 - 17/09/2017 21:32

JEANE MARIA RIBEIRO DE MELO - COREN: 9870 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

PRO(A) - Classificação

Urgência:

NAO URGENTE - VERDE

Q:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DA MÃO
DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM PUNHO

ESTA HÁ 2 HORAS APRESENTANDO

SSVV - FC: 94 BPM; SPO2: 98%; PA:

ALERGIA - HAS + DM -

Observação:

PACIENTE PROCEDENTE DE ESCADA COM QI

RA ORTOPEdia

Exatidão sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JEANE MARIA RIBEIRO DE MELO - COREN: 9870

FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2017 21:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Data: 17/02/2020
Registro: 362478-8
Atendimento:
(x) Geral
() Pediátrico
() Obstétrico

Identificação:
Nome: Enriolde Feliciano do Silva
CNS: 648 003 942 4901 Data Nascimento: 5/11/78 Sexo: M 38
End: Rua Benedito de Aguiar, 100 Cidade: Araruama UF: RJ
Bairro: Parque Verde

Procedência:
2. Queixa principal e História da doença atual: Prisão de ventre de 1 semana, com dor abdominal no baixo ventre, há 1 semana.

3. Antecedentes Pessoais:
☐ Cardiopatias ☐ Doenças Degenerativas ☐ Tabagismo ☐ Obesidade
☐ DM ☐ Distúrbios Psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Alergias
☐ HAS ☐ Tuberculose ☐ Outras

4. Uso de Medicamentos: ☐ Sim ☒ Não

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

☒ Hidratado ☐ Afebril ☐ Febril ☐ Temperatura: 36,5 °C
☐ Desidratado ☒ Normocorado ☐ Aclanótico ☐ Anictérico
☐ Anasarca ☐ Hipocorado ☐ Cianose ☐ Icterícia
☐ Hipercorado ☐ Palidez

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☒ Orientado ☐ Semirascoso

Pupilas:

☐ Fotorreagentes ☐ Anisocoria:
☐ Isocoria ☐ Miose
☐ Midriase

Escala de Coma de Glasgow: 15 pontos.

Abertura ocular 3 Resposta verbal 2 Resposta motora 3

5.3 Sistema Respiratório: FR 18 ipm

☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
☐ O₂ suplementar 0 l/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: ☐ Sim ☒ Não Local:

Murmúrios Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local:

Ruidos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepitações Local:

Tosse: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva Aspecto de secreção:

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC 72 bpm PA: 120 x 80 mmHg

Ritmo cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta:

Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio

Uso de drogas vasoativas: ☐ Não ☒ Sim:

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano

☐ Globoso ☐ Ascítico

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Aspecto:

5.6 Sistema Geniturinário:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA

☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Aspecto:

☐ Hemodíálise ☐ Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☒ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☒ Não

Goteira: ☐ Sim ☒ Não Membro:

Força motora: Conservada ☐ Sim ☒ Não Local:

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☒ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro

☐ Calmo ☐ Ansioso

5.9 Curativo:

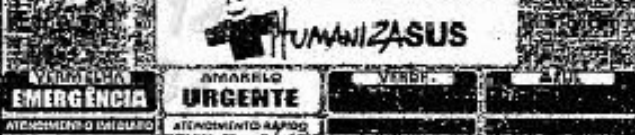
Tipo de Curativo: ☐ FO ☐ Úlcera de Pressão ☐ Outros Local:

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Sujo

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento ☐ Piosanguinolento

Estado Geral: ☐ Grave ☐ Regular ☒ Bom



Horário de Atendimento: 18:44 hs.

Enfermeiro / COREN

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: 18:44 hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Prisão de ventre há 1 semana, com dor abdominal no baixo ventre.

6.2 Diagnóstico Inicial:

Constipação funcional.

6.3 Conduta:

Salvo de Rx.

Alimentação normal.

Medicação: laxante.

Reavaliar em 24h.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.

Assinar e carimbar.





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 078.123.744-08

Nome: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

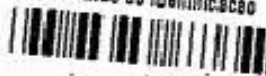
Data de Nascimento: 20/04/1989

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 08/11/2005

Dígito Verificador: 00

Documentos de Identificação



Comprovante emitido às: 11:18:05 do dia 05/02/2018 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 1AFD.66F8.544D.0B9A



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



7.901.197 23/07/2007

<< ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS >>

<< JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS >>

<< SILENE OLIVEIRA DO NASCIMENTO >>

CONJUGAL PALMARES - PE 20/04/1989

<< CN. 12529 L. 12 F. 48 V. CART. JOAQUIM NABUCO - PE 26.05.1989 >>

OTE 123.744-98

07R-32

ENTRADA PARA IMPLANTAR

ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

ARUANA SEGURADORA

26 ABR 2019



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

SIGURMO O CUMPRAMENTO DE DANOS RESGATE COMERCIAIS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VAL TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A F. 550645
 TRAFEGUADAS OU NAO - Seguro DPVAT

PE N° 013222384974 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 VALDIR VICENTE DA SILVA 55500-000

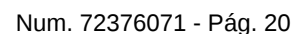
MARCOTIA ESCADA-PR
 ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA AS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
 AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA
 WWW.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

1 517 779 594-20 05/03/17 PF01746
 464910379 HONDA/CP 150 PAX R\$1
 2012 03 9CR0C16703553561

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE R\$0,00
 SEGURO FIANCO
 SEGURO LIDER

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 08.246.600/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190290737

Cidade: Escada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

Data do acidente: 17/09/2017

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio direito.**Descrição do exame físico:** Vítima relata ter sofrido trauma anterior em 1999 com lesão neurológica radial à direita. Ao exame, vítima apresenta cicatriz em punho direito, hipotrofia muscular severa, déficit dos movimentos e de preensão palmar da mão direita.**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador com imobilização local e tala axilo-palmar. Fez fisioterapia. Alta em março de 2019.**Sequelas permanentes:****Sequelas:** Semi sequelas**Data do exame físico:** 06/06/2019**Conduta mantida:****Observações:** Vítima com lesão do nervo radial prévia (descrita no documento médico de primeiro atendimento). Todas as sequelas descritas são em relação ao trauma anterior.**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ERIVALDO FELICIANO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 17/09/17 CPF DA VITIMA 082.093.577-80
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ROBERTA MARA NASCIMENTO DOS SANTOS
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Guim. JOSE FERREIRA
Nº 286 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ATACAMA
CIDADE ES. CADE UF PE CEP 55325
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 3011-3225

MARQUE X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) RECEBIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES, OUTRAS
- (X) NOTÍAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (X) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS OS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ADMINISTRAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR, OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 7.01.197
IDENTIDADE ROBERTA MARA NASCIMENTO DOS SANTOS
ASSINATURA ROBERTA MARA NASCIMENTO DOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

DATA 05-FEV-2013
NOME Josevel Cabral
ASSINATURA Josevel Cabral

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



Outorgante: Erinaldo Feliciano da Silva
 Id: 8.947.549 CPF: 082.093.577-86
 End: Rua Sebastião Alves Barbosa, nº 94

Outorgado: Roberto Mayara Nascimento dos Santos
 Id: 7.901.197 CPF: 048.123.744-08
 End: Rua Comendador por Pereira, 286,
Atuliano, Estado - A

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Erinaldo Feliciano da Silva.

Comadoile, 20 de Setembro de 2017.

Erinaldo Feliciano da Silva

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO
 TABELÃO NOTARIAL: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTO: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS
 Reconheço a firma por autenticidade de:
 ERINALDO FELICIANO DA SILVA, Dou fe.
 Em testemunho da verdade,
 Marcelle Mathias Costa dos Santos - Subst.
 Selo Digital N. 0077594.RD-09201701.02348
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
 AV. DR. JOSÉ ALVARO LIMA - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3534.1935/3172

Distas R\$ 3,88
 TSNR R\$ 0,70
 Total R\$ 4,58

Elas
 Mathias
 dos Santos
 Escada



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



Outorgante: Erinaldo Feliciano da Silva
 Id: 8.947.549 CPF: 082.093.577-86
 End: Rua Sebastião Alves Barbosa, nº 94

Outorgado: Roberto Mayara Nascimento dos Santos
 Id: 7.901.197 CPF: 048.123.744-08
 End: Rua Comendador por Pereira, 286,
Atuliano, Estado - RJ

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Erinaldo Feliciano da Silva.

Comadoile, 20 de Setembro de 2017.

Erinaldo Feliciano da Silva

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO
 TABELÃO NOTARIAL: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTO: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS
 Reconheço a firma por autenticidade de:
 ERINALDO FELICIANO DA SILVA, Dou fe.
 Em testemunho da verdade,
 Marcelle Mathias Costa dos Santos - Subst.
 Selo Digital N. 0077594.RD-09201701.02348
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
 AV. DR. JOSÉ ALVARO DE LIMA - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3534.1935/3192



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138566/19

Número do Sinistro: 3190290737

Vítima: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

CPF: 082.093.577-86

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/09/2017

Titular do CPF: ERINALDO FELICIANO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS : 078.123.744-08

Documentos de identificação

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 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: 26/04/2019
Nome: ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS
CPF: 078.123.744-08

ROBERTA MAYARA NASCIMENTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral



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: **3190290737**

Nome do(a) Examinado(a): **ERINALDO FELICIANO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R SEBASTIAO ALVES BARBOSA, 94, CS B PROX A - AGROVILA - Escada - PE - CEP 55500-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8947549**

Data e local do acidente: [**17/09/2017**] **Escada, PE**

Data e local do exame: [**06/06/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura distal do rádio direito.

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

Vítima relata ter sofrido trauma anterior em 1999 com lesão neurológica radial à direita. Ao exame, vítima apresenta cicatriz em punho direito, hipotrofia muscular severa, déficit dos movimentos e de preensão palmar da mão direita.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento conservador com imobilização local e tala axilo-palmar. Fez fisioterapia. Alta em março de 2019.

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela 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.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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

*Vítima com lesão do nervo radial prévia (descrita no documento médico de primeiro atendimento). Todas as sequelas
descritas são em relação ao trauma anterior.*



Leonardo Faria Neves - CRM: 17742 - PE

