



Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 242	08/02/2021 15:18	2774434_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_05	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00693590520208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE FABIO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão na mandíbula com repercussão residual (10%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.350,00:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183730800000073326650>
Número do documento: 21020815183730800000073326650

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432378 Cidade: Quipapá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIO DA SILVA Data do acidente: 22/02/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/04/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (ANEXO 3)
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO RESIDUAL DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.
Documentos complementares:
Observações: **PMR - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA**

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão na mandíbula com repercussão média (50%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.350,00.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 5 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**


Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817243	08/02/2021 15:18	ANEXO 1	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas


RECIBO DO SACADO

		104-0	10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 85120000030000	
Cedente / Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Nº do documento 040271700672012282	Nosso Número 14000000125233116-1	Vencimento 26/01/2021	Valor do Documento 300,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 29A VARA CIVEL PROCESSO: 00693590520208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: JOSE FABIO DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01825688 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700672012282 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP:
Sacador/Avalista:				CPF/CNPJ:

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)

		104-0	10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 85120000030000	
Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA				Vencimento 26/01/2021
Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Data do documento 28/12/2020	Nº do documento 040271700672012282	Espécie de docto. DJ	Aceite S	Data do processamento 28/12/2020
Uso do Banco	Carteira CR	Moeda R\$	Quantidade	Nosso Número 14000000125233116-1
				(=) Valor do Documento 300,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 29A VARA CIVEL PROCESSO: 00693590520208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: JOSE FABIO DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01825688 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700672012282 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP:
Sacador/Avalista:				CPF/CNPJ:

Autenticação - Ficha de Compensação





Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 244	08/02/2021 15:18	ANEXO 2	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

			N° DA CONTA JUDICIAL	
			0	
N° DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
		05/01/2021	0	ESTADUAL
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO		
05/01/2021	040271700672012282	00693590520208172001		
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
PE	Vara Cível	RÉU	300,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS		Jurídica	33054826000192	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
JOSE FABIO DA SILVA		FÍSICA	05813843426	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
748DCAED7EC16F35				
CÓDIGO DE BARRAS				
10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 85120000030000				





Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817 255	08/02/2021 15:18	ANEXO 3	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradonalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20h, nos telefones 4020-1595 (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 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 01/01/01602 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14086603





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20h, no telefone 4020-1598 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Quinta Região). 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 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378 Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 1458608

Pág. 003561045 - tema_01 - INVALIDEZ



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que causem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento da função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais causando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					





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 08 às 20h, nos telefones 4020-1595 (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 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378 Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
-----------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 000030604 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14894310





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 08 às 20h, nos telefones 4020-1595 (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 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378 Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
-----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 0108/01087 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 10661608





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 4020-1595 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Quinta Região). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 51 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento da função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE FABIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000001120-7

Conta: 000010024687-7

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.seguradora lider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Pag. 07/05/2020 - 14:00 - 100% - INVALIDEZ





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 9h 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 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378 Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.196, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 0108001894 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12368714





0241466/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 877ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA -
DP77ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0167000290

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2019 às
15:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 22/2/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 81, TRAVESSA
SEBASTIÃO TEODÓSIO - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARY LANE DE LUCENA (OUTRO)
JUNIOR (OUTRO)
JOSE FABIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): JUNIOR



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

JOSE FABIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino - **JOSEFA
MARIA DA SILVA** Pá: **JOSE HILTON DA SILVA** Data de Nascimento: 15/04/1977 Naturalidade:
QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3302657/SS/PE (RG) Estado Civil:
ARMAZIADO(A) Escolaridade: 4ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones:
Celular(s):
- 8199032228

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 82, RUA JOSE TRAJANO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO-BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE QUIPAPA, 81 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO-BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARY LANE DE LUCENA (não presente no plantão) - Sexo: Feminino - **MARIA
JOSE DE LUCENA** Pá: **ORLANDO JOSE DE LUCENA** Naturalidade: **QUIPAPA /
PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 4116332/SS/PE (RG) Estado Civil: **DIVORCIADO(A)**

20/08/2019 10:45



Escritório: 3º. GRAU COMPLETO (Profissão: ADVOGADO(A)
Endereço Residência: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 55, RUA JOSÉ MACHADO DIAS, 55-
CENTRO-QUIPAPA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO
BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO-BRASIL

JUNIOR (não presente no plantão) - Sexo: Masculino; País: Data de Nascimento:
14/1998 Nacionalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: MOTORISTA
Endereço Residência: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO-BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/XR (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): MARY LANE DE
LUCENA, que estava em posse do(s) Sr(a) JUNIOR
Categoria/Marcado: MOTOCICLETA/HONDA/XR150 TORNADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KXW0155 (PERNAMBUCO/QUIPAPA) Registro: 543828768 Chassi:
9C1MD34084R024232
Aed Pannosq/Motocicla: 2004/2004 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, NO DIA 22/02/2019 PELA NOITE, ESTAVA CONDUZINDO NA
MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, DIRIGIDA POR SEU SOBRINHO JUNIOR, QUANDO
SEU SOBRINHO PASSOU NUM QUEBRA MOLAS NA TRAVESSA SEBASTIÃO
TEODOSIO, CENTRO DE QUIPAPA, A VITIMA ALEGOU QUE CAIU E BATEU COM O
ROSTO NO CHÃO, VINDO A FRATURAR OS DOIS LADOS DA MANDIBULA, ALEGOU
AINDA QUE PROCUROU O HOSPITAL MUNICIPAL DA CIDADE E DE LA FOI
ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA, ONDE FOI REALIZADA
UMA CIRURGIA NO LOCAL FRATURADO. SEM MAIS A RELATAR, ENCERRO ESSE
BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

Assinatura do(s) preste(s) presente nesta unidade policial

Jose Fabio da Silva
JOSE FABIO DA SILVA
(VITIMA)



S.O. registrado por: ISABELLE MARIA DA SILVA - Matrícula: 387475-3

29/08/2019 10:45





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	29/04/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FABIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01120-7

CONTA: 000010024687-7

Nr. da Autenticação 93D48A39B21A806F



empesa CNPJ 08.780.055/0001-44
INSC. EST. Nº 06.5.001.0014350-2

EMPRESA: EMPRESA DE TRANSPORTES		NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	
CNPJ: 08.780.055/0001-44		CPF: 000.000.000-00	
ENDEREÇO: RUA DA PAZ, 100 - JARDIM PAZ - SÃO PAULO - SP		CEP: 01234-567	
FONE: (11) 1111-1111		FAX: (11) 1111-1111	
E-MAIL: contato@empresa.com.br		SITE: www.empresa.com.br	
DATA: 17/07/2010		HORA: 15:18:37	
LOCAL: SÃO PAULO - SP		PAÍS: BRASIL	
MUNICÍPIO: SÃO PAULO		UF: SP	
Bairro: JARDIM PAZ		CEP: 01234-567	
Logradouro: RUA DA PAZ		Número: 100	
Complemento: JARDIM PAZ		Cidade: SÃO PAULO	
Estado: SP		País: BRASIL	

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/02/2021 15:18:37

URL: https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020815183781100000073326663

Número do documento: 21020815183781100000073326663

17 JUL 2010

Centro de Registro de Imóveis
de São Paulo - SP
Cadastrado: 000.000.000-00



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221203 (horários para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/contenuto/originais/pxtipo=1&codigo=29635>

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 de renda 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 do referido Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ Separadamente do Departamento de Seguros Privados – DDPSP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, zelar por e controlar as atividades econômicas e jurídicas das instituições sujeitas às Atividades Econômicas previstas na Lei nº 11.681/08.

Peço exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534, 68
na qualidade de Perjudado (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FABIO DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o nº 058.138.434, 26, do sinistro do DPVAT cobertura INVALIDADE da Vítima
JOSE FABIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 058.138.434, 26, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Anexo Informar

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

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

Endereço: <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número: <u>370</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Cidade: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>SURUBIM</u>	Estado: <u>PE</u>	CPF: <u>55750-000</u>
E-mail: <u>PFSEGUROS@M400.COM-BR</u>		Telefone comercial (DDD): <u>(81) 9663-0424</u>	Telefone celular (DDD): <u>(81) 8133-0022</u>

SURUBIM, 11 de JULHO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante



DL08L001 V005/2017



QUIPAPÁ (PE), 25 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: JOSE FABIO DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190432378

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 22/02/2019, me encontrava APENAS COMO GARUPA da motocicleta HONDA XR 250 TORNADO de placa KKW 0295, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Jose Fabio da Silva
JOSE FABIO DA SILVA
VITIMA/BENEFICIARIO





Wally
Parent Wilson & Student
Autism Center, Inc.
New York State
Approved & dated
Approved by you
I agree - for
proceedment was obtained

01- Villavieja 7.5 km
01 May 14
01- Villavieja 4 km
01 May 14
Facts of 1950 Release

Impressão Digitalizada

Documento Digitalizado

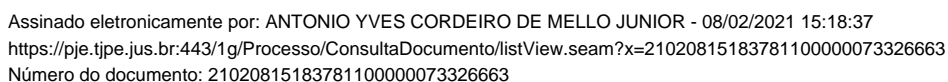
17 JUL 2010

Dr. José Carlos de Souza

Supervisor SIA

Assessoria Jurídica

Assessoria Jurídica

[illegible]

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem o direito, enquanto paciente, de ser informado da sua condição e dos procedimentos planejados ao seu caso, atualizadamente, por escrito.

Seu diagnóstico clínico: Fratura complexa de mandíbula esquerda, corpo

Planejamento cirúrgico: Redução de fratura complexa de mandíbula

Condições diferentes podem ser diagnosticadas no momento da cirurgia, exigindo procedimentos adicionais ou diferentes dos planejados. Assim como pode haver riscos e danos ao manter a sua condição sem tratamento, na ausência de risco e danos relativos à realização dos procedimentos de diagnóstico, diagnóstico e pré-diagnóstico. Dessa forma, no seu caso, há possibilidade de danos:

Dev, deteriorado e estético:

Infecções e/ou abscessos de odontogênicos

Restrições físicas limitadas ou indesejadas:

☒ Hemorragias, hematomas,

☒ Lesões nervosas provocando sensibilidade alterada nos lábios, queixo, bochechas, nariz, língua, dentes e garganta

☒ Função mandibular limitada (travessia, limitação de abertura bucal)

☒ Lesões de estruturas ósseas (fraturas)

☒ Lesões de dentes adjacentes, próteses ou implantes

☐ Desenvolvimento ou persistência de tumores benignos ou malignos

☐ Rejeição ou substituição dos materiais ou dispositivos implantados

☐ Comunicação buco-nasal ou buco-ocular requerendo posterior reparo cirúrgico

Outras condições:

Eu, João João da Silva

ou João João da Silva fui esclarecido (a) sobre o diagnóstico e plano de tratamento proposto, bem como tive a oportunidade de ler todos os meus direitos sobre os procedimentos, riscos e alternativas de tratamento. Como também, dou plena e livre autorização para que todos os radiografias, fotografias, moldes, resultados clínicos, resultados laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e/ou tratamento tenham sido discutido (a) ou de divulgação científica (jornais, revistas, periódicos, congressos, seminários, meios digitais, etc.), tendo minha autorização reservada a respeito de quaisquer dados de identificação de dados. Declaro ainda que este termo de consentimento foi devidamente explicado para mim e, com base no mesmo que não posso recorrer da decisão, estou autorizando a sua equipe a realizarem os procedimentos cirúrgicos propostos.

Autorização do (a) paciente ou responsável: João João da Silva

Testemunha: X

Carimbo:

Rodovia BR-232, Km 150, s/n - Igarapé, PE, 55002-970



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Fábio da Silva

Prontuário: 334389

Data: 12 / 03 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de ângulo mandibular (E) e corpo mandibular (E)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:


Retorno para ambulatório de Or. Caudex Protótipo, no dia 12/03/19,
às 08:00. V.B.: levar todos os exames e marcar com antecedência.

TRATAMENTO REALIZADO:

Alinhamento de fratura completa de mandíbula (ângulo man-
dibular (E) e corpo mandibular (E).

Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19

Hora: 11:07 AL 208


Dra. Karine Siqueira Pinheiro
Cirurgiã Dentista Especialista em O.R.O.
Residência em O.R.O. - 2º Ano
Assessoria de O.R.O. - O.R.O. - O.R.O.

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Mr. Silva da SilvaProntuário: 334359Data: 25 / 02 / 19Hora: 15:20

DIAGNÓSTICO:

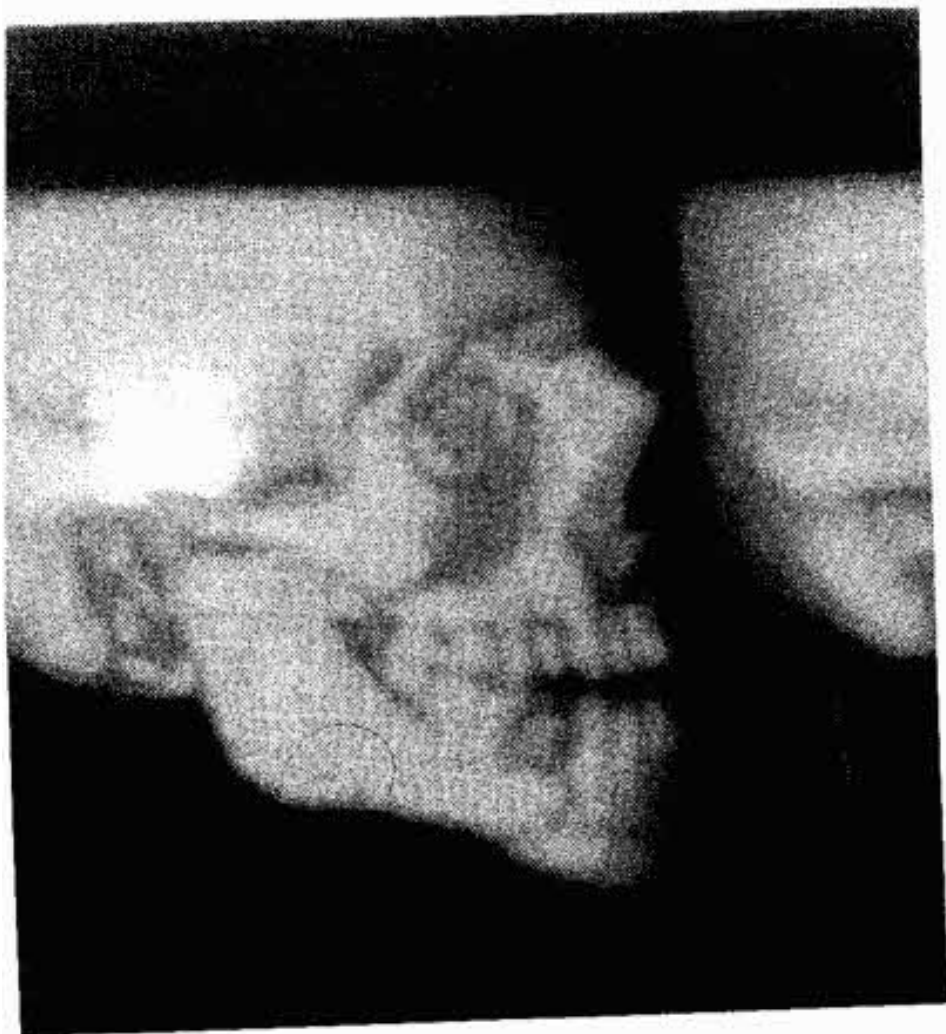
Fratura de ângulo mandibular (C) e corpo mandibular (D)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar para o ambulatório de St. Buden Pratório, no dia 18/03/19,
às 07:00. OBS: levar todos os exames e marcar com antecedência.

TRATAMENTO REALIZADO:

Intervenção de fratura complexa de mandíbula (ângulo mandibular (C) e corpo mandibular (D))Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19Hora: 11:00Dr. FORTES
6:30Ass. do Médico é CRM
Carinabo



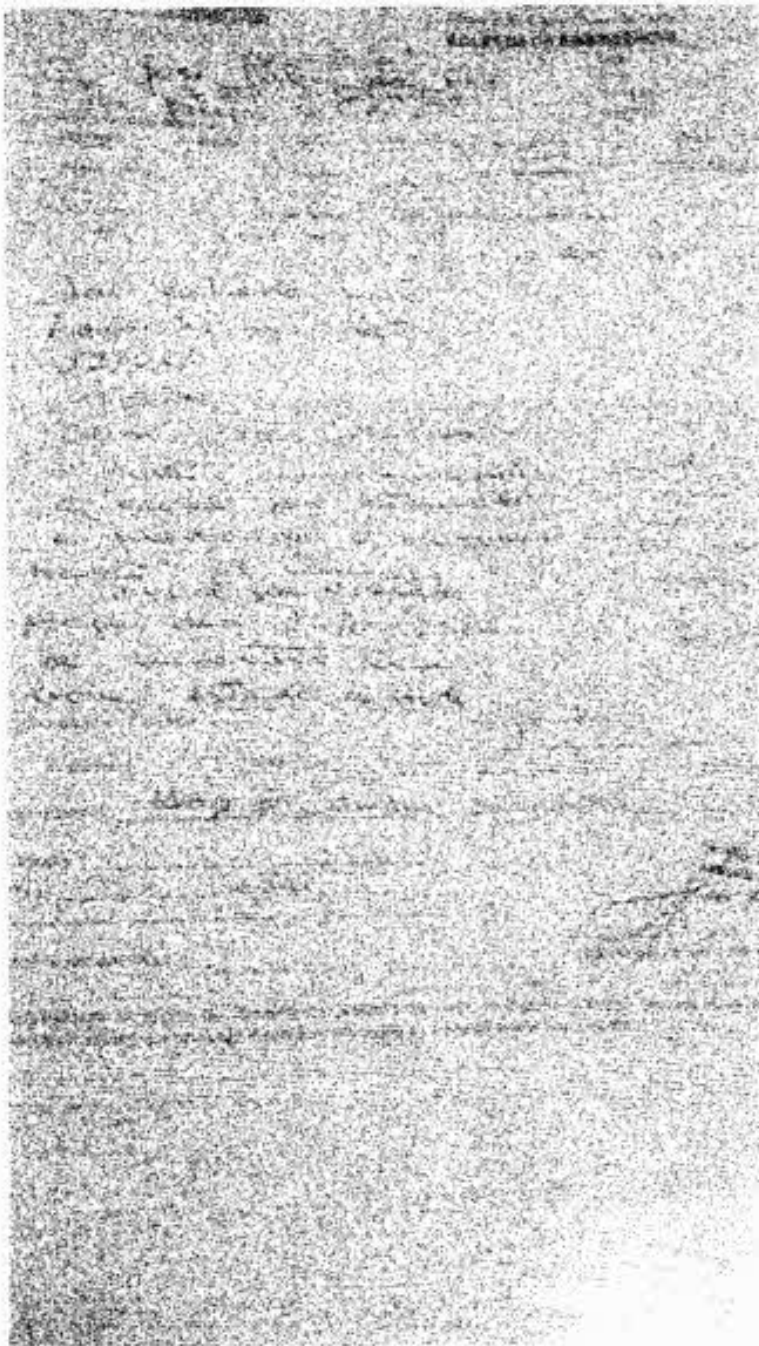
Detalhado em: 08/02/2021

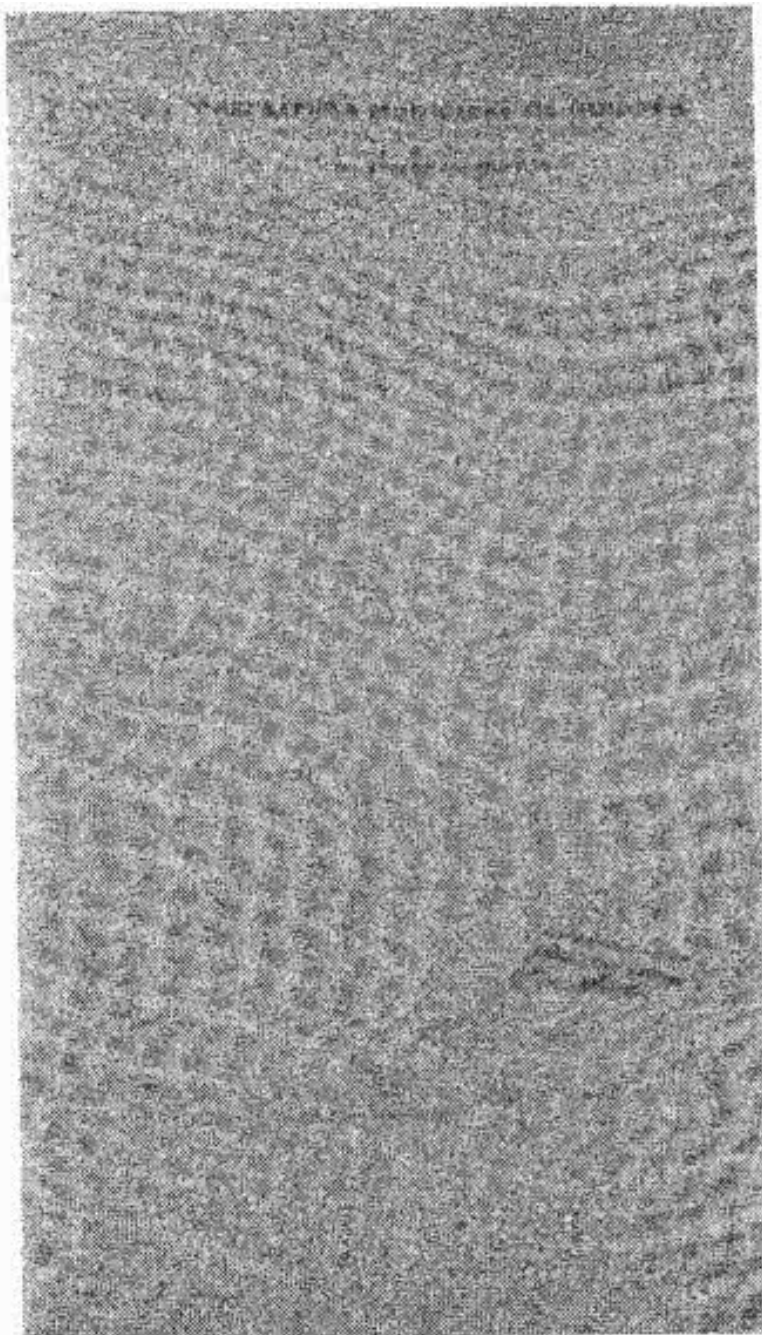




assinado com certificado







Hospital Regional do Agreste - HRA
Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido explicado ao paciente, de seu conhecimento e dos procedimentos planejados ao seu caso, o consentimento informado foi:

Resposta do paciente: Tratamento cirúrgico de mandíbula (anquiropatia)
Resposta do paciente: Tratamento cirúrgico de mandíbula

Condições clínicas podem ser demonstradas no momento da cirurgia, não sendo necessários procedimentos adicionais ou diferentes dos planejados. Adicionalmente, o paciente não se compromete a manter a sua condição atual, podendo ocorrer a necessidade de tratamento adicional, dependendo da evolução da doença. Neste caso, não há possibilidade de anulação.

Por, desconhecimento e/ou:

Indicar a(s) causa(s) do desconhecimento:

Respostas anteriores às perguntas ou informações:

- ☒ Alterações físicas;
- ☒ Alterações sensoriais, envolvendo percepções alteradas nos lábios, queixo, bochechas, nariz, língua, dentes e gengivas;
- ☒ Função mandibular prejudicada anteriormente, limitando a abertura bucal;
- ☒ Tentativas anteriores de tratamento;
- ☒ História de doenças sistêmicas, pré-existente, atual ou futura;
- ☐ Condições clínicas ou psicológicas de natureza temporária;
- ☐ Alteração da estrutura dos dentes ou dos tecidos moles;
- ☐ Condição clínicas ou psicológicas de natureza temporária;

Outras condições:

Assinatura do paciente: João Paulo da Silva

Assinatura do médico: Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do paciente: João Paulo da Silva

Assinatura do paciente: João Paulo da Silva

Assinatura do paciente: João Paulo da Silva

Cidade: _____

Rodovia BR-232, Km 130, s/n - Indiarópolis, PE, 55002-970



5502957 18.05.1995
 JOSE PABLO DA SILVA
 José Wilson da Silva e
 Josefa Maria da Silva
 Quipapá-PA. 15.03.1979
 RG C.M. 1.904.1.A-67.P.65v.Cart.
 14. Distrito de Quipapá-PA.
 R. Manoel Gomes

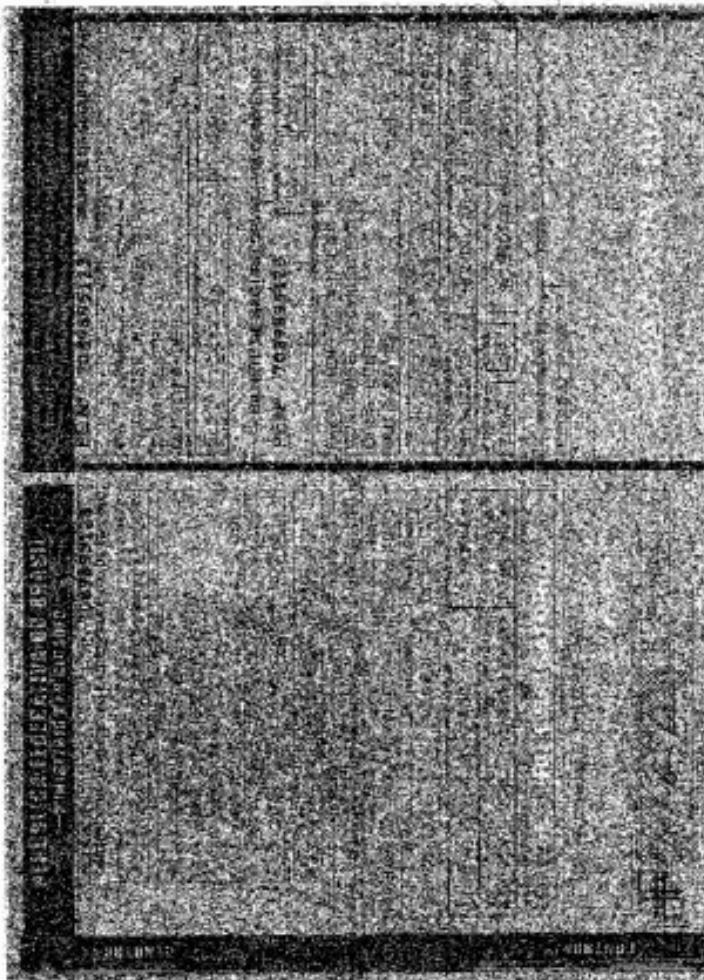
Nome: Fabio de Sales



CPF
 058.138.434-24
 JOSE PABLO DA SILVA
 15/03/1979

17.01.2019
 RUA: JOSE PABLO DA SILVA





17 JUL 2011
Corte Superior de J. do T.
Ar. da 1ª Turma do T. do T.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432378 Cidade: Quipapó Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FÁBIO DA SILVA Data do acidente: 22/02/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (ANEXO 3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apostamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO RESIDUAL DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos
complementares:

Observações: **PMR - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA**

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



WITNESS JOSE CARLO DE SILVA

DATA DO REGISTRO 22/12/2025 OFICIALIA 058.388.434-25
 PORTADOR DO VOUCHER EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR | VITRUA | REPRESENTANTE LEGAL (CNPJ) PRAZEROSO COM
 ATIVIDADE
 ENDEREÇO DO PRODUTOR RUA JOÃO BATISTA
 Nº 330 COMPLETO CASA 3º ANDAR CENTRO
 CIDADE SORUBIM UF PE CEP 55380-000
 E-MAIL ATENCAO@PROTECULANOS.COM.PE FONE 81.9665-0434

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ **EXERCÍCIO 1** – Atribua o conhecimento mais adequado para cada situação apresentada e justifique.
- ☒ **EXERCÍCIO 2** – Identifique a natureza da situação ou contexto de surgimento das questões, as causas e os sintomas, e indique as intervenções adequadas.
- ☒ **EXERCÍCIO 3** – Para cada situação apresentada, indique:
 - ☐ 1) Qual o tipo de problema apresentado e descrito;
 - ☐ 2) Qual o conhecimento ou aprendizagem de base que tem sido desenvolvido no âmbito de atuação da prática, incluindo o plano pedagógico e o plano de avaliação dos conhecimentos adquiridos;
 - ☐ 3) Qual a intervenção planejada, com a lista de atividades;
 - ☐ 4) A lista de atividades, com a descrição de cada uma delas;
 - ☐ 5) Como serão avaliadas as aprendizagens e os conhecimentos adquiridos, com a descrição de cada uma das atividades.
- ☒ **EXERCÍCIO 4** – Para cada situação apresentada, indique:
 - ☐ 1) Qual o tipo de problema apresentado e descrito;
 - ☐ 2) Qual o conhecimento ou aprendizagem de base que tem sido desenvolvido no âmbito de atuação da prática, incluindo o plano pedagógico e o plano de avaliação dos conhecimentos adquiridos;
 - ☐ 3) Qual a intervenção planejada, com a lista de atividades;
 - ☐ 4) A lista de atividades, com a descrição de cada uma delas;
 - ☐ 5) Como serão avaliadas as aprendizagens e os conhecimentos adquiridos, com a descrição de cada uma das atividades.

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

10

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLETOS EN LÍNEA

- [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

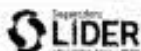
- [illegible]

REPRODUCTION AND DOCUMENTATION CENTRE

2006

3.092-2025 354114

Signature: *[Signature]*



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais informações, consulte o site www.segurosdelider.com.br ou entre em contato com o Departamento de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Callcenter segbes 0800-1586 / Outros regionais: 0800-022 12 04 / DDD 03 de São Paulo (para ajudas e esclarecimentos): 0800-022 8189 | SAC (para dificuldades técnicas e de taxa): 0800-022 82 06
Canal de Denúncia: 0800 889 7543 | Ouvidoria: 0800 021 51 35

Número do pedido do DPVAT: **5190432378** Data da solicitação: **27/03/2020**
Nome do beneficiário: **JOSE FABIO DA SILVA** CPF do beneficiário: **058.138.434**
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: **26**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **21 99665-0454** Tel. Comercial: _____ Tel. Residencial: _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☒ DISCORDO DA EXISTÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(s) documento(s) está apresentando:
☐ Novos documentos médicos
☐ Livro do IML
☐ Boletim da Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: **DOCUMENTOS DE IMAGEM (DIGITALIZADA)**

NO CAMPO ABaixo, SE BASTAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

27/03/2020
Jose Fabio da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem autoriza o pedido (a seguir)

REMARKS:

Declaro que preenchi todos os dados, de acordo com a realidade, e estou ciente de que qualquer informação falsa ou enganosa pode resultar na anulação do pedido de reanálise do DPVAT.
Observação: todos os beneficiários devem estar devidamente cadastrados no sistema.

Todos os dados devem ser preenchidos corretamente, sob pena de nulidade do pedido de reanálise do DPVAT.



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	JOSE FABIO DA SILVA		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA		
PROFISSÃO:	Agricultor		
IDENTIDADE:	5302053/SSP/PA	CPF:	058.138.434-26
DATA DO ACIDENTE:	22/02/2019		
COBERTURA:	JUVENIL		
VÍTIMA:	JOSE FABIO DA SILVA		
ENDEREÇO:	RUA JOSE TRAJANO Nº 08 Bairro: Alta Sola Segastiao Cidade: Guipaba - PE		

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSE DE ALEMEIDA FERNANDES		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA		
PROFISSÃO:	Funcionário Público Aposentado		
IDENTIDADE:	3094028-SSP/PE	CPF:	574.940.534-63
ENDEREÇO:	Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim (PE).		

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Caruseu - 22 DE Julho DE 2019.

4 CARTÃO: 1000

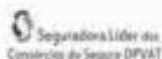
X Jose Fabio da Silva 27 JUL 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241466/19

Número do Sinistro: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

CPF: 058.138.434-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/02/2019

Titular do CPF: JOSE FABIO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou [ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1595 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 94 (Outras Regiões)]. Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data de apresentação: 07/05/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**


Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817245	08/02/2021 15:18	ANEXO 4	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas


RECIBO DO SACADO

		104-0	10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 85120000030000	
Cedente / Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Nº do documento 040271700672012282	Nosso Número 14000000125233116-1	Vencimento 26/01/2021	Valor do Documento 300,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 29A VARA CIVEL PROCESSO: 00693590520208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: JOSE FABIO DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01825688 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700672012282 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP:
Sacador/Avalista:				CPF/CNPJ:

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)

		104-0	10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 85120000030000	
Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA				Vencimento 26/01/2021
Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Data do documento 28/12/2020	Nº do documento 040271700672012282	Espécie de docto. DJ	Aceite S	Data do processamento 28/12/2020
Uso do Banco Carteira CR		Moeda R\$	Quantidade	Nosso Número 14000000125233116-1
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 29A VARA CIVEL PROCESSO: 00693590520208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: JOSE FABIO DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01825688 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700672012282 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP:
Sacador/Avalista:				CPF/CNPJ:

Autenticação - Ficha de Compensação





Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74817246	08/02/2021 15:18	ANEXO 5	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

			N° DA CONTA JUDICIAL	
			0	
N° DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
		05/01/2021	0	ESTADUAL
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO		
05/01/2021	040271700672012282	00693590520208172001		
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
PE	Vara Cível	RÉU	300,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS		Jurídica	33054826000192	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
JOSE FABIO DA SILVA		FÍSICA	05813843426	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
748DCAED7EC16F35				
CÓDIGO DE BARRAS				
10498.39291 94000.100043 12523.311699 1 85120000030000				

