



Número: **0031165-33.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.906,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEAN EVERTON DA SILVA BARROS (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73260640	07/01/2021 09:20	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200026276

Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

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 15384184

Pag. 0008/00040 - carta_01 - INVALIDEZ

00010424





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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200026276

Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000025819-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0000000100 - cartão 30 - INVALIDEZ

00040060





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANO (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do documento do ACI

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

522.591.644-55

JEAN EVERTON DA SILVA BARRON

MINISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo

JEAN EVERTON DA SILVA BARRON

5 - CPF

522.591.644-55

7 - Benefício

RENDA

8 - Endereço

RUA DE MATA

9 - Número

319

10 - Complemento

11 - Bairro

Santa Augusta

12 - Cidade

Santa Cruz do Capibaribe

13 - Estado

PE

14 - CEP

55191-591

15 - E-mail

RENDA

16 - Telefone

(91) 99304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA

☒ RECEBIMENTO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ ACIMA DE R\$1.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPEANÇA

(informar o nome do banco abaixo. Anotar o tipo de conta)

☒ CONTA CORRENTE

(informar o nome do banco)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (241)

☐ Banco do Brasil (201)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

PARISA

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

7

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na minha Carteira Informada, de minha titularidade, o valor da indenização/renda mensal do Seguro DPVAT e que eu não tenho DPVAT reconhecido e pago, desde que a seguradora não tenha a obrigação de crédito, quitando assim o valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não me submeti ao exame médico realizado pelo Instituto Médico Legal (IML) para as fins de reconhecimento da incapacidade do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Fico expressamente autorizado, sob as penas da lei, a procuramento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que não submeti a avaliação médica de rotina da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6º, § 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º, 101º, 102º, 103º, 104º, 105º, 106º, 107º, 108º, 109º, 110º, 111º, 112º, 113º, 114º, 115º, 116º, 117º, 118º, 119º, 120º, 121º, 122º, 123º, 124º, 125º, 126º, 127º, 128º, 129º, 130º, 131º, 132º, 133º, 134º, 135º, 136º, 137º, 138º, 139º, 140º, 141º, 142º, 143º, 144º, 145º, 146º, 147º, 148º, 149º, 150º, 151º, 152º, 153º, 154º, 155º, 156º, 157º, 158º, 159º, 160º, 161º, 162º, 163º, 164º, 165º, 166º, 167º, 168º, 169º, 170º, 171º, 172º, 173º, 174º, 175º, 176º, 177º, 178º, 179º, 180º, 181º, 182º, 183º, 184º, 185º, 186º, 187º, 188º, 189º, 190º, 191º, 192º, 193º, 194º, 195º, 196º, 197º, 198º, 199º, 200º, 201º, 202º, 203º, 204º, 205º, 206º, 207º, 208º, 209º, 210º, 211º, 212º, 213º, 214º, 215º, 216º, 217º, 218º, 219º, 220º, 221º, 222º, 223º, 224º, 225º, 226º, 227º, 228º, 229º, 230º, 231º, 232º, 233º, 234º, 235º, 236º, 237º, 238º, 239º, 240º, 241º, 242º, 243º, 244º, 245º, 246º, 247º, 248º, 249º, 250º, 251º, 252º, 253º, 254º, 255º, 256º, 257º, 258º, 259º, 260º, 261º, 262º, 263º, 264º, 265º, 266º, 267º, 268º, 269º, 270º, 271º, 272º, 273º, 274º, 275º, 276º, 277º, 278º, 279º, 280º, 281º, 282º, 283º, 284º, 285º, 286º, 287º, 288º, 289º, 290º, 291º, 292º, 293º, 294º, 295º, 296º, 297º, 298º, 299º, 300º, 301º, 302º, 303º, 304º, 305º, 306º, 307º, 308º, 309º, 310º, 311º, 312º, 313º, 314º, 315º, 316º, 317º, 318º, 319º, 320º, 321º, 322º, 323º, 324º, 325º, 326º, 327º, 328º, 329º, 330º, 331º, 332º, 333º, 334º, 335º, 336º, 337º, 338º, 339º, 340º, 341º, 342º, 343º, 344º, 345º, 346º, 347º, 348º, 349º, 350º, 351º, 352º, 353º, 354º, 355º, 356º, 357º, 358º, 359º, 360º, 361º, 362º, 363º, 364º, 365º, 366º, 367º, 368º, 369º, 370º, 371º, 372º, 373º, 374º, 375º, 376º, 377º, 378º, 379º, 380º, 381º, 382º, 383º, 384º, 385º, 386º, 387º, 388º, 389º, 390º, 391º, 392º, 393º, 394º, 395º, 396º, 397º, 398º, 399º, 400º, 401º, 402º, 403º, 404º, 405º, 406º, 407º, 408º, 409º, 410º, 411º, 412º, 413º, 414º, 415º, 416º, 417º, 418º, 419º, 420º, 421º, 422º, 423º, 424º, 425º, 426º, 427º, 428º, 429º, 430º, 431º, 432º, 433º, 434º, 435º, 436º, 437º, 438º, 439º, 440º, 441º, 442º, 443º, 444º, 445º, 446º, 447º, 448º, 449º, 450º, 451º, 452º, 453º, 454º, 455º, 456º, 457º, 458º, 459º, 460º, 461º, 462º, 463º, 464º, 465º, 466º, 467º, 468º, 469º, 470º, 471º, 472º, 473º, 474º, 475º, 476º, 477º, 478º, 479º, 480º, 481º, 482º, 483º, 484º, 485º, 486º, 487º, 488º, 489º, 490º, 491º, 492º, 493º, 494º, 495º, 496º, 497º, 498º, 499º, 500º, 501º, 502º, 503º, 504º, 505º, 506º, 507º, 508º, 509º, 510º, 511º, 512º, 513º, 514º, 515º, 516º, 517º, 518º, 519º, 520º, 521º, 522º, 523º, 524º, 525º, 526º, 527º, 528º, 529º, 530º, 531º, 532º, 533º, 534º, 535º, 536º, 537º, 538º, 539º, 540º, 541º, 542º, 543º, 544º, 545º, 546º, 547º, 548º, 549º, 550º, 551º, 552º, 553º, 554º, 555º, 556º, 557º, 558º, 559º, 560º, 561º, 562º, 563º, 564º, 565º, 566º, 567º, 568º, 569º, 570º, 571º, 572º, 573º, 574º, 575º, 576º, 577º, 578º, 579º, 580º, 581º, 582º, 583º, 584º, 585º, 586º, 587º, 588º, 589º, 590º, 591º, 592º, 593º, 594º, 595º, 596º, 597º, 598º, 599º, 600º, 601º, 602º, 603º, 604º, 605º, 606º, 607º, 608º, 609º, 610º, 611º, 612º, 613º, 614º, 615º, 616º, 617º, 618º, 619º, 620º, 621º, 622º, 623º, 624º, 625º, 626º, 627º, 628º, 629º, 630º, 631º, 632º, 633º, 634º, 635º, 636º, 637º, 638º, 639º, 640º, 641º, 642º, 643º, 644º, 645º, 646º, 647º, 648º, 649º, 650º, 651º, 652º, 653º, 654º, 655º, 656º, 657º, 658º, 659º, 660º, 661º, 662º, 663º, 664º, 665º, 666º, 667º, 668º, 669º, 670º, 671º, 672º, 673º, 674º, 675º, 676º, 677º, 678º, 679º, 680º, 681º, 682º, 683º, 684º, 685º, 686º, 687º, 688º, 689º, 690º, 691º, 692º, 693º, 694º, 695º, 696º, 697º, 698º, 699º, 700º, 701º, 702º, 703º, 704º, 705º, 706º, 707º, 708º, 709º, 710º, 711º, 712º, 713º, 714º, 715º, 716º, 717º, 718º, 719º, 720º, 721º, 722º, 723º, 724º, 725º, 726º, 727º, 728º, 729º, 730º, 731º, 732º, 733º, 734º, 735º, 736º, 737º, 738º, 739º, 740º, 741º, 742º, 743º, 744º, 745º, 746º, 747º, 748º, 749º, 750º, 751º, 752º, 753º, 754º, 755º, 756º, 757º, 758º, 759º, 760º, 761º, 762º, 763º, 764º, 765º, 766º, 767º, 768º, 769º, 770º, 771º, 772º, 773º, 774º, 775º, 776º, 777º, 778º, 779º, 780º, 781º, 782º, 783º, 784º, 785º, 786º, 787º, 788º, 789º, 790º, 791º, 792º, 793º, 794º, 795º, 796º, 797º, 798º, 799º, 800º, 801º, 802º, 803º, 804º, 805º, 806º, 807º, 808º, 809º, 810º, 811º, 812º, 813º, 814º, 815º, 816º, 817º, 818º, 819º, 820º, 821º, 822º, 823º, 824º, 825º, 826º, 827º, 828º, 829º, 830º, 831º, 832º, 833º, 834º, 835º, 836º, 837º, 838º, 839º, 840º, 841º, 842º, 843º, 844º, 845º, 846º, 847º, 848º, 849º, 850º, 851º, 852º, 853º, 854º, 855º, 856º, 857º, 858º, 859º, 860º, 861º, 862º, 863º, 864º, 865º, 866º, 867º, 868º, 869º, 870º, 871º, 872º, 873º, 874º, 875º, 876º, 877º, 878º, 879º, 880º, 881º, 882º, 883º, 884º, 885º, 886º, 887º, 888º, 889º, 890º, 891º, 892º, 893º, 894º, 895º, 896º, 897º, 898º, 899º, 900º, 901º, 902º, 903º, 904º, 905º, 906º, 907º, 908º, 909º, 910º, 911º, 912º, 913º, 914º, 915º, 916º, 917º, 918º, 919º, 920º, 921º, 922º, 923º, 924º, 925º, 926º, 927º, 928º, 929º, 930º, 931º, 932º, 933º, 934º, 935º, 936º, 937º, 938º, 939º, 940º, 941º, 942º, 943º, 944º, 945º, 946º, 947º, 948º, 949º, 950º, 951º, 952º, 953º, 954º, 955º, 956º, 957º, 958º, 959º, 960º, 961º, 962º, 963º, 964º, 965º, 966º, 967º, 968º, 969º, 970º, 971º, 972º, 973º, 974º, 975º, 976º, 977º, 978º, 979º, 980º, 981º, 982º, 983º, 984º, 985º, 986º, 987º, 988º, 989º, 990º, 991º, 992º, 993º, 994º, 995º, 996º, 997º, 998º, 999º, 1000º, 1001º, 1002º, 1003º, 1004º, 1005º, 1006º, 1007º, 1008º, 1009º, 1010º, 1011º, 1012º, 1013º, 1014º, 1015º, 1016º, 1017º, 1018º, 1019º, 1020º, 1021º, 1022º, 1023º, 1024º, 1025º, 1026º, 1027º, 1028º, 1029º, 1030º, 1031º, 1032º, 1033º, 1034º, 1035º, 1036º, 1037º, 1038º, 1039º, 1040º, 1041º, 1042º, 1043º, 1044º, 1045º, 1046º, 1047º, 1048º, 1049º, 1050º, 1051º, 1052º, 1053º, 1054º, 1055º, 1056º, 1057º, 1058º, 1059º, 1060º, 1061º, 1062º, 1063º, 1064º, 1065º, 1066º, 1067º, 1068º, 1069º, 1070º, 1071º, 1072º, 1073º, 1074º, 1075º, 1076º, 1077º, 1078º, 1079º, 1080º, 1081º, 1082º, 1083º, 1084º, 1085º, 1086º, 1087º, 1088º, 1089º, 1090º, 1091º, 1092º, 1093º, 1094º, 1095º, 1096º, 1097º, 1098º, 1099º, 1100º, 1101º, 1102º, 1103º, 1104º, 1105º, 1106º, 1107º, 1108º, 1109º, 1110º, 1111º, 1112º, 1113º, 1114º, 1115º, 1116º, 1117º, 1118º, 1119º, 1120º, 1121º, 1122º, 1123º, 1124º, 1125º, 1126º, 1127º, 1128º, 1129º, 1130º, 1131º, 1132º, 1133º, 1134º, 1135º, 1136º, 1137º, 1138º, 1139º, 1140º, 1141º, 1142º, 1143º, 1144º, 1145º, 1146º, 1147º, 1148º, 1149º, 1150º, 1151º, 1152º, 1153º, 1154º, 1155º, 1156º, 1157º, 1158º, 1159º, 1160º, 1161º, 1162º, 1163º, 1164º, 1165º, 1166º, 1167º, 1168º, 1169º, 1170º, 1171º, 1172º, 1173º, 1174º, 1175º, 1176º, 1177º, 1178º, 1179º, 1180º, 1181º, 1182º, 1183º, 1184º, 1185º, 1186º, 1187º, 1188º, 1189º, 1190º, 1191º, 1192º, 1193º, 1194º, 1195º, 1196º, 1197º, 1198º, 1199º, 1200º, 1201º, 1202º, 1203º, 1204º, 1205º, 1206º, 1207º, 1208º, 1209º, 1210º, 1211º, 1212º, 1213º, 1214º, 1215º, 1216º, 1217º, 1218º, 1219º, 1220º, 1221º, 1222º, 1223º, 1224º, 1225º, 1226º, 1227º, 1228º, 1229º, 1230º, 1231º, 1232º, 1233º, 1234º, 1235º, 1236º, 1237º, 1238º, 1239º, 1240º, 1241º, 1242º, 1243º, 1244º, 1245º, 1246º, 1247º, 1248º, 1249º, 1250º, 1251º, 1252º, 1253º, 1254º, 1255º, 1256º, 1257º, 1258º, 1259º, 1260º, 1261º, 1262º, 1263º, 1264º, 1265º, 1266º, 1267º, 1268º, 1269º, 1270º, 1271º, 1272º, 1273º, 1274º, 1275º, 1276º, 1277º, 1278º, 1279º, 1280º, 1281º, 1282º, 1283º, 1284º, 1285º, 1286º, 1287º, 1288º, 1289º, 1290º, 1291º, 1292º, 1293º, 1294º, 1295º, 1296º, 1297º, 1298º, 1299º, 1300º, 1301º, 1302º, 1303º, 1304º, 1305º, 1306º, 1307º, 1308º, 1309º, 1310º, 1311º, 1312º, 1313º, 1314º, 1315º, 1316º, 1317º, 1318º, 1319º, 1320º, 1321º, 1322º, 1323º, 1324º, 1325º, 1326º, 1327º, 1328º, 1329º, 1330º, 1331º, 1332º, 1333º, 1334º, 1335º, 1336º, 1337º, 1338º, 1339º, 1340º, 1341º, 1342º, 1343º, 1344º, 1345º, 1346º, 1347º, 1348º, 1349º, 1350º, 1351º, 1352º, 1353º, 1354º, 1355º, 1356º, 1357º, 1358º, 1359º, 1360º, 1361º, 1362º, 1363º, 1364º, 1365º, 1366º, 1367º, 1368º, 1369º, 1370º, 1371º, 1372º, 1373º, 1374º, 1375º, 1376º, 1377º, 1378º, 1379º, 1380º, 1381º, 1382º, 1383º, 1384º, 1385º, 1386º, 1387º, 1388º, 1389º, 1390º, 1391º, 1392º, 1393º, 1394º, 1395º, 1396º, 1397º, 1398º, 1399º, 1400º, 1401º, 1402º, 1403º, 1404º, 1405º, 1406º, 1407º, 1408º, 1409º, 1410º, 1411º, 1412º, 1413º, 1414º, 1415º, 1416º, 1417º, 1418º, 1419º, 1420º, 1421º, 1422º, 1423º, 1424º, 1425º, 1426º, 1427º, 1428º, 1429º, 1430º, 1431º, 1432º, 1433º, 1434º, 1435º, 1436º, 1437º, 1438º, 1439º, 1440º, 1441º, 1442º, 1443º, 1444º, 14



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2-D SET 2018

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

Scanned by CamScanner





05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, C
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Assinale (x) o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ GRÁVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº da inscrição ALE:

3 - CPF do titular:

130.591.644-55

4 - Nome completo do titular:

JEAN EVERTON DA SILVA BARRIOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2013

5 - Nome completo:

JEAN EVERTON DA SILVA BARRIOS

CPF: 130.591.644-55

7 - Profissão:

Retiro

8 - Endereço:

Rua 03 DE MAIO

9 - Número:

339

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Agostinho

12 - Cidade:

Santa Cruz do Capibaribe

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55191-591

15 - E-mail:

Retiro

16 - Telefone:

(011) 45704-6299

GRUPO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEBIMENTO
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUANÇA (Sempre para os fins de depósito de poupança)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (003)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Titular ou beneficiário)

Nome do BANCO:

PAIXA

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

1038

CONTA:

25819

7

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e aos meus filhos/direitos, renunciando a qualquer outro, por que houver, direito de indenização/reembolso, desde que a indenização/reembolso seja paga integralmente e em uma única parcela.

12 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não estou impossibilitado de comparecer a todos os exames médicos legais (IML) para a fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo presente instrumento, autorizo a Seguradora LIDER a analisar os meus pedidos de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que não submeterei a avaliação médica em caráter de urgência a Seguradora LIDER para verificação da existência e duração da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa renúncia prévia a qualquer benefício previdenciário ou indenização de qualquer natureza.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do titular:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do

doença do titular:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Última doença comprovada (a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a última doença comprovada (a) informar o nome completo:

28 - Última

doença (a):

☐ Sim

☐ Não

29 - Se última doença

for fatal:

☐ Sim

☐ Não

30 - Última

doença (a):

☐ Sim

☐ Não

31 - Se última doença

for fatal:

☐ Sim

☐ Não

Autorizo a Seguradora LIDER a pagar, caso direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas para o(s) beneficiário(s) que se apresentar(em) a Seguradora LIDER com o(s) documento(s) necessário(s) para a liberação da indenização/reembolso, desde que a indenização/reembolso seja paga integralmente e em uma única parcela.

34

35 - Nome legal de quem assina a seguinte pedido:

36 - CPF legal de quem assina a seguinte pedido:

37 - (1ª) Assinatura de quem assina a seguinte pedido:

38 - 2ª / Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina a seguinte pedido:

39 - 2ª / Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina a seguinte pedido:

05.802.494/0001-31

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LIDER

Assinatura de quem assina a seguinte pedido:

40 - Local e Data:

Santa Cruz (PE) 18/09/2019.

JEAN EVERTON DA SILVA BARRIOS

(1ª) Assinatura de quem assina a seguinte pedido:

Rua da Aurora, Nº 175, 4º andar, B. C.

41 - Assinatura de quem assina a seguinte pedido:

05.802.494/0001-31

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LIDER

42 - Assinatura de quem assina a seguinte pedido:

CPF: 000.000/0000

Scanned by CamScanner





05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 664ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOIÁ - DP64ªCIRC
DINTER/112ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000B91

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/09/2019 às 09:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/7/2019 no período da Noite

Fatores Jurídicos: COLISÃO
Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE, 1, AVENIDA OLÍMPIO
BEZERRA DA SILVA, SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE-PE Estado: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIPE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Posição(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO; AUTOR/AGENTE;
JANETE UCHOA CAVALCANTI; OUTRO;
JEAN EVERTON DA SILVA BARROS; VITIMA



Outros(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(s) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(s) Sr(a): JEAN EVERTON DA
SILVA BARROS

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

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS (presente no plantão) - Sexo: Masculino; Data de Nascimento: 14/2/1993; Nacionalidade: CAMPINA GRANDE/
PARANÁ - BRASIL; Documento: 917489505PE (RG); 13255184483 (CPF); Estado Civil: SOLTEIRO(A); Ocupação:
2º GRAU COMPLETO; Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO
Endereço: Residência: RUA 1 DE MAIO, 119, CASA - CEP: 6 - Bairro: VILA SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIPE/PERNAMBUCO/BRASIL

JANETE UCHOA CAVALCANTI (não presente no plantão) - Sexo: Feminino; Nacionalidade: NÃO INFORMADO
PERNAMBUCO - BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino; Nacionalidade: NÃO INFORMADO
PERNAMBUCO - BRASIL

Qualificação da(s) coisa(s) envolvida(s):

MOTOCICLETA (VEICULO) desconhecido de(s) Sr(a): JANETE UCHOA CAVALCANTI (que estava em posse
de(s) Sr(a): JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
Designação/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES; Estado: Não Informado
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Rev. 11/2013 - PERNAMBUCO/MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIPE; Chave: 9C2WCBS10QRBS6746
Rev. 11/2013/01/2019 - 2006 219 01 - Consumo: GASOLINA



UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade fiscal de: DESCONHECIDO, que estava em posse de: DESCONHECIDO
DESCONHECIDO
Composto/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Unidade apreendida: 154
Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complementos / Observações

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA PELA AVENIDA SANTA LUZIA NO BARRIO SANTO AGOSTINHO NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARI-PE, QUANDO AO CHEGAR PROXIMO AO POSTO DE SAUDE FOI DESVIAR DE UM CACHORRO E COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA E VIO CAIR AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADA PARA UPA DA CIDADE, LOGO APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, QUE O CONDUZIR DA OUTRA MOTO NADA SOFREU, PORÉM EVADIU SE DO LOCAL APÓS O ACIDENTE. DIANTE DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP.

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

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
(VITIMA)

Jean Everton da Silva Barros
B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO NASCIMENTO / Habilitação: 158.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Constab. Especial de Polícia
Matr. 158.816-3



UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade desconhecida, desconhecido, que estava em posse do(a) DEN
DESCONHECIDO

Categoria/Modelo/Unidade: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Clipes: quantidade: 722e
Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação:

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA PELA AVENIDA SANTA LUZIA NO BAIRRO
SANTO AGOSTINHO NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAMARÃO-PE, QUANDO AO CHEGAR PRÓXIMO AO
PORTO DE SAÚDE FOI DESVIAR DE UM CACHORRO E COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA E VEIO CAIR AO
CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADA PARA UMA DA CIDADE, LOGO APÓS TRANSFERIDA
PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS. QUE O
CONDUTOR DA OUTRA MOTO NADA SOFRIU, PORÉM EVABRISE DO LOCAL APÓS O ACIDENTE. DIANTE
DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP.

Assinatura do(a) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
(VITIMA)

Jean Everton da Silva Barros
D.O. REGISTRADO POR: SEVERINO EVALDO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
MIL 159.816-3



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1
Bom Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do processo do ASL

3 - CPF da vítima

333.591.644-55

4 - Nome completo da vítima

JEAN EVERTON DA SILVA BARRON

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSEG Nº 446/2013

5 - Nome completo

JEAN EVERTON DA SILVA BARRON

333.591.644-55

7 - Profissão

REDA

8 - Endereço

RUA DE MATA

9 - Município

PAJÁ

10 - Complemento

11 - Bairro

SANTA ABOSTINHA

12 - Cidade

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado

PE

14 - CEP

55191-596

15 - E-mail

REDA

16 - Telefone

(81) 99304-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00

☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPEANCA (somente para os bancos citados. Anotar o nome da agência)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Pode ser aberta)

Nome do BANCO: PAJÁ

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

7

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a ciência e a aprovação do crédito, quitando todos os valores recebidos.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE ALEIJO DO INIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou assumindo a responsabilidade de informar a ausência do INIL (Instituto Nacional de Invalidizantes) para anulação de requerimento ou indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinando uma das opções):

☒ Não há INIL, que atende a regra de indenização ou de minha residência ou

☐ O INIL, que atende a regra de indenização ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou

☐ O INIL, que atende a regra de indenização ou de minha residência realiza perícias com prazos superiores a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo presente assumo, ainda, a responsabilidade de anular o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, caso esta indenização seja concedida, reconhecendo e dando, desde já, a ciência e a aprovação do crédito, quitando todos os valores recebidos. Para verificação da existência e qualificação dos dados pessoais, fornecidos de acordo com o formulário em 5.136/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta declaração não significa prévia submissão com a futura avaliação médica ou jurídica de competência da Comissão de Análise de Perícia.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado(a) Civil

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Data de falecimento com a vítima

26 - Vítima detida, compulsória(a) ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima detida, compulsória(a), informar o nome completo

28 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

29 - Se vítima física, informar

30 - Vítima física

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

32 - Se vítima física, informar

33 - Vítima física

☐ Sim

☐ Não

Esta declaração de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) vítima(s) beneficiário(s) que se apresentarem e comprovarem esta condição, assinada por mim, dá a ciência e a aprovação do crédito, quitando todos os valores recebidos, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 309 da Código Penal.

34

35 - Assina (legível) de quem assina a seguinte página

36 - CPF legível de quem assina a seguinte página

37 - (2ª) Assinatura de quem assina a seguinte página

38 - 1ª) Nome

CPF

Assinatura de testemunha

39 - 2ª) Nome

CPF

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 18/09/2019.

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Rua da Aurora, Nº 175, 54.902-900

42 - Assinatura de testemunha (se houver)

RECIBO

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PR-001, 10/02/2018

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

1 - Nº do sinistro ou AC:

2 - CPF da vítima:

322.591.644-55

3 - Nome completo da vítima:

JEAN EVERTON DA SILVA BARRAS

REGISTRO DE INSCRIÇÃO CADASTRAL E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP Nº 462/2013

5 - Nome completo:

JEAN EVERTON DA SILVA BARRAS

6 - CPF: 322.591.644-55

7 - Profissão:

RENTA

8 - Endereço:

RUA 01 DE MARÇO

9 - Número:

119

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Apolônia

12 - Cidade:

Santa Cruz do Capibaribe

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55191-591

15 - E-mail:

RENTA

16 - Tel (DDD):

(81) 99304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU DO ACIDENTADO COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 3.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.000,00 A R\$ 4.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 4.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUANÇA

(Indicar para os bancos abaixo, assinalando uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (200)

☐ Caixa Econômica Federal (CEM)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

7

Autorizo a Seguradora LIDER a consultar na rede bancária (informar o nome da instituição) o valor da indenização/compensação do Seguro DPVAT, a qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e espontaneamente, a efetivação do crédito, quando for o caso, renunciando a qualquer outro meio de recurso.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAJOS DO TIT. - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que não sou impedido(a) de trabalhar, e não sou impedido(a) de trabalhar (TAL) para os fins de registro do seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há lajão que atenda a região do acidente ou da minha residência ou

☐ O lajão que atenda a região do acidente ou da minha residência não reúne condições para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O lajão que atenda a região do acidente ou da minha residência reúne condições com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Falei verdadeiramente, sob pena de anulação do pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprometendo-me a apresentar a documentação necessária para a verificação da existência e quantificação dos lajos, bem como a documentação necessária para a verificação da existência e quantificação dos lajos, bem como a documentação necessária para a verificação da existência e quantificação dos lajos.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CM)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima possui comprometimento(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima possui comprometimento(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tiver filhos, informar o nome completo:

30 - Vítima possui comprometimento(a)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tiver irmãos, informar o nome completo:

33 - Vítima possui comprometimento(a)?

☐ Sim

☐ Não

Declaro, sob as penas da Lei, que a Seguradora LIDER pagará, caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte, e que eu não apresentarei qualquer contestação, bem como a documentação necessária para a verificação da existência e quantificação dos lajos, bem como a documentação necessária para a verificação da existência e quantificação dos lajos.

34 - Nome completo de quem assina a região pedida:

35 - CPF legal de quem assina a região pedida:

36 - CPF legal de quem assina a região pedida:

37 - Assinatura de quem assina a região pedida:

38 - 1ª Nome:

39 - 2ª Nome:

40 - 3ª Nome:

41 - 4ª Nome:

42 - 5ª Nome:

43 - 6ª Nome:

44 - 7ª Nome:

45 - 8ª Nome:

46 - 9ª Nome:

47 - 10ª Nome:

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Local e Data: Santa Cruz do Capibaribe, 18/09/2014.

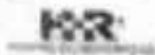
50 - Assinatura da vítima/Beneficiário (se houver)

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Data de emissão: 18/09/2014

Scanned by CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

1454013

Data e Hora de Atendimento:
14/07/2019 01:06

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual:

Nº Pontuação: 1665706 Paciente: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS Nm. Social:
Data de nascimento: 14/02/1993 Idade: 26a 4m 28d Sexo: MASCULINO
Estado Civil: UNIDO CONSEN Profissão: Acompanhante: ANA PAULA DOS SANTOS
DOC ID / Data expedição: 9174469 / 21-Fev-11 Mãe: EDNALVA CELESTINA DA SILVA
Pai: JOSE ROBERTO DE BARROS Cartão SUS: 700006578919508
Endereço: RUA 1 DE MAIO Número: 119
Bairro: SANTO AGOSTINHO Complemento:
Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE UF: PE Telefone: 993871650

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social
Confirmação de endereço:
Provisórias: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐
Outros ☐
Observação: Assistente Social

História Clínica

Traumatismo por acidente de moto
Alcofado. Perda de consciência no local.
fratura de rádio distal (E).

ECGIA = 15 s/fran cd: 10 TC de aciu 4x4
Painel de Traumatologia

Atendimento Médico

Tempo de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Que?

Exame Físico:

A. Geral: Vis. além esta cervical: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

B. Respiratório

C. Circulatório: PA: X mmHg Pulso:

APPROVADO

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Scanned by CamScanner

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000025819-7

Nr. da Autenticação E69CB3FCD0C9E724





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.433, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50230-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARILENE DOS SANTOS RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 01 DE MAIO 119

CPF: 020.480.854-58

EST. AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55191-591

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
073380919	UNICA	14/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/08/2019	2010523859	3445461

CONTA CONTRATO

MES/ANO

7004090203

08/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PRECATORIO/CONTADOR

21/08/2019

12/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

60,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	67,0000000	0,77645172	51,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,60
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção CDE-NF 065630385-12/06/19			0,87
Multa por atraso-NF 065660385-12/06/19			1,48
Juros por atraso-NF 065660385-12/06/19			0,96
Atualização IGPM-NF 065660385-12/06/19			0,94

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

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

Scanned by CamScanner





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50054-002
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARILENE DOS SANTOS RODRIGUES

CPF 020.480.854-58

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 01 DE MAIO 119

STO AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55191-591

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7004090203	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÍVEL DE PAGAMENTO
21/08/2019	12/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	60,38

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
0733809-9	UNICA	14/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/08/2019	2010523858	3445481

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	67,0000000	0,77645172	51,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,80
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 065680385-12/08/19			0,87
Multa por atraso-NF 065680385-12/08/19			1,48
Juros por atraso-NF 065680385-12/08/19			0,88
Atualização GPM-NF 065680385-12/08/19			0,54

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-070
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

NRE/03060009
c6/03060009
TR 0303019154 ETIQUETA
TR 03060009

Número do Atendimento

1454013	Data e Hora de Atendimento 14/07/2019 01:05	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Nº. Prontuário: 1685706	Paciente: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS	Nm. Social: MASCULINO
Data de nascimento: 14/02/1993	Idade: 26a 4m 28d	Acompanhante: ANA PAULA DOS SANTOS
Estado Civil: UNIDO	Profissão:	
DOC ID / Data expedição 9174469 / 21-Fev-11	Mãe: EDNALVA CELESTINA DA SILVA Pai: JOSE ROBERTO DE BARROS	Certão SUS: 700006578919508
Endereço: RUA 1 DE MAIO Bairro: SANTO AGOSTINHO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF: PE	Telefone: 993871650
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Procedências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPQA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social
História Clínica: <i>Traumatismo por acidente de moto. Alcoolerado. Perda de consciência no local. fratura de rádio distal (E). ECG = IS 5/fran. c/ 1 DTC de aritmia xct Painel de Traumatismo</i>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Epiado Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Transporte realizado Por:	
Instituição Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Atura:
Condições de mobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐	Por Qual?	
Exame Físico:		
em Geral: Via aérea está patula: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Tamp:
B. Respiratório		
C. Circulatório	PA: X	Pulso:

APÓIO ELABORADO

[Assinatura]

Scanned by CamScanner



MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da serie: 14/07/2019 00:53

	Nome Paciente:	JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
	Cod. Paciente:	
	Data de Nascimento:	14/02/1993
	Sexo:	Masculino
	Idade:	26
	Senha:	U0003
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME

Printed: 14/07/2019 08:57 - 14/07/2019 08:59

ATA MARIA ANORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Keywords:

AMARELO - URGENTE

CIV

JAMARELO

Quem Participa:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO HA CERCA DE 03 HORAS COM PERDA DE CONSCIENCIA. APRESENTA ABAULAMENTO EM REGIÃO RETROAURICULAR ESQUERDA, OTORRAGIA A ESQUERDA, ALCOOLIZADO. QUEIXA SE DE DOR NO OUVIDO ESQUERDO. RX EVIDENCIA FRATURA DE RADIO DISTAL.

Observations

SENDA 5726777

Fluxogramma viridula

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discrimination (ns)

- DOB MODERADA?

Experimental studies

NEUROCIRURGIA ADULTO

© 2004 VFAA, Ltd.

ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

REGUA DE DOR 7

Prévia extrema de edema not-moto. Ao exame
consciente, contatos aumentados pulmonares com ru-
chotais, SAs, sat, etc. sibilos esparsos por
dependência, maior Lx do R. em tendências de
peripneumotórax, sem contornos em Lx & pleu-
ra alterada.

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LDA

20 SEP 1953

Rua da Aurora, 28 175-51-502 BL. C
Rosa Veste - CEP 50.040-010
081-915-08

CD 1- AITG da CG
2. Ag. ~~analitico~~ NCL
fora matlogia

4th Floor

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 75232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/07/2019 00:59

Sistema de Acolhimento com Classificações de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paulo Roberto da Silva Barros

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1456012

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

tomografia de crânio (S/contraste).

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTOE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

14.07.19

Vanessa

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA SOLICITAÇÃO

14.07.19

25 - APROVAMENTO (CNS - CIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (CNS) DO REGISTRO E CONSELHO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

05-802-494/0001-41
TRACAO CORRETIVA
E REGULARES (C.O.A.)

29 - APROVAMENTO (CNS - CIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (CNS) DO REGISTRO E CONSELHO

20.07.19

Para Br. Bupina: 04.173.44.90156.1
Para Vite: CEP 50.550-010
EST. RJ

Cod. 0421

Scanned by CamScanner





Hospital da Restauração / Neurocirurgia
Evolução de Enfermagem



Paciente: João Luciano Data: 1/1/2021
Enfermagem: Leito Hipótese Diagnóstica:

Classificação	
Atividade Global	Resposta Verbal
☐ Esquematiza (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (2 pts.) ☐ Aliter (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Orientado / Cooperante (3 pts.) ☐ Desorientado / Cooperante (4 pts.) ☐ Palavras incoerentes (3 pts.) ☐ Não compreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
☐ Orientado (5 pts.) ☐ Localiza dir (5 pts.) ☐ Freado - s/ vocáb. (4 pts.) ☐ Freado anormal (descont. 30 pts.) ☐ Extensão / descontin. (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	

Total 35 pontos

Sim ☐ Não ☐ Não

A - Parte motora e sensível completa
B - Membro funcional presente
C - Membro não funcional presente
D - Apenas sensibilidade preservada
E - Reflexo anormal e motor completo (pode haver normalidade de reflexo)

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros ☐ Qual:

Verbal: ☒ AVP ☐ AVC ☐ R ☐ Sem Resposta

Dieta: ☐ Zero ☐ Sólido ☐ Sólido ☐ Líquido ☐ Sólido ☐ Líquido ☐ Sólido ☐ Líquido

Eliminação Urinária: ☐ Normal ☐ Contenção ☐ R ☐ D ☐ D ☐ D

Corrimento: ☐ Espontâneo ☐ Dispositivo Urinário ☐ DUA ☐ DUA ☐ DUA ☐ DUA

Estado: ☐ Inteiro ☐ Lesionado

☐ Freado Operatório: Tipo de Cirurgia: ☐ Área de lesão:

Localização: Localização: Exatidão:

Qualidade:

Quantidade:

Particular:

Orientações (Data / Hora / Local): Segunda-feira, 01/01/2021, 10h00, UICR

Assinatura: João Luciano

Data: 1/1/2021

Classificação	
Atividade Global	Resposta Verbal
☐ Esquematiza (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (2 pts.) ☐ Aliter (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Orientado / Cooperante (3 pts.) ☐ Desorientado / Cooperante (4 pts.) ☐ Palavras incoerentes (3 pts.) ☐ Não compreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
☐ Orientado (5 pts.) ☐ Localiza dir (5 pts.) ☐ Freado - s/ vocáb. (4 pts.) ☐ Freado anormal (descont. 30 pts.) ☐ Extensão / descontin. (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	

Total pontos

Sim ☐ Não ☐ Não

A - Parte motora e sensível completa
B - Membro funcional presente
C - Membro não funcional presente
D - Apenas sensibilidade preservada
E - Reflexo anormal e motor completo (pode haver normalidade de reflexo)

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros ☐ Qual:

Verbal: ☐ AVP ☐ AVC ☐ R ☐ Sem Resposta

Dieta: ☐ Zero ☐ Sólido ☐ Sólido ☐ Líquido ☐ Sólido ☐ Líquido ☐ Sólido ☐ Líquido

Eliminação Urinária: ☐ Normal ☐ Contenção ☐ R ☐ D ☐ D ☐ D

Corrimento: ☐ Espontâneo ☐ Dispositivo Urinário ☐ DUA ☐ DUA ☐ DUA ☐ DUA

Estado: ☐ Inteiro ☐ Lesionado

☐ Freado Operatório: Tipo de Cirurgia: ☐ Área de lesão:

Localização: Localização: Exatidão:

Qualidade:

Quantidade:

Particular:

Orientações (Data / Hora / Local): Segunda-feira, 01/01/2021, 10h00, UICR

Assinatura: João Luciano



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta..... 25/07/2019 11:00hr
Serviço..... ORTOPEDIA MAO/PUNHO
Médico..... 1155 - LUIS FELIPE E SILVA LESSA FERREIRA
Agenda..... 49301

Informações do Paciente

Paciente..... 1685706
Nome..... JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
Sexo..... MASCULIN
Fone..... Residencial: (51) - 953871653 / Celular: (-)
Nasc..... 14/02/1993
Endereço..... RUA PRIMEIRO DE MAIO, 119 - SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIÉ
Cidade..... RECIFE

Agendado por: RANIELERASIN

Recebido

15/02 - 11h

Dr. Luis Felipe Lessa
Ortopedista / Traumatologista
Clínica de Mão / Membros
CNPJ 14.774.180/0001-10

05.802.494/0001-41
TRACÃO ORTOPÉDICA
DE SEGURANÇA LTDA

20-05-2019

Rua da Aurora, Nº 119, 2º andar
Boa Vista - CEP: 51.040-000
Recife - PE

Scanned by CamScanner



Traumatologia

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1625706

Nome: JEAN EVERTON da SILVA BARRAS

Foi atendido às 01:06 hrs. do dia 14 / 04 / 2013.

Diagnóstico Provável: Fratura de estilóide do
radio. CIA - 10:5.52

Tratamento Realizado: Tratamento conservador
com gesso luva para exaforido,

Observação: 1. Afastamento das atividades labor-
mais por 30 dias,
2. Ao ambulatório de mão da HR, após 15 dias.

Cópia de

Alta: 14/04/13
09:40

Dr. AVNER ALMEIDA
MÉDICO
CREMEPE 16.793
Médico - CRM Nº

05.802.498/0001-4
TRAÇÃO CORRETORES
12/04/2013
78 57 22

Unidade de Saúde: SPS 13.902-4
Rua Wita - CEP 54070-000

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Scanned by CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Fran Evanton da Silva Barros

Encaminhamento HR - 5726777

Hospital Unusocirurgia/On-
Resposta topiada.

Pct, 26 anos, vítima de colisão
moto x moto, alcoolizado com his-
tória de perda de consciência após
acidente.

Com abalamento em região retro
auricular (E) com otorrágia à esqu-
da

Paciente com Glasgow 15/15, ERG, sup-
nicio em ambiente, afébril com
queixas de dor no punho (D)

Rx: Evidência fratura de rádio
Data: 13/07/2019 distal (D).

MÉDICO

Nome: _____

Medicamentos: _____

Data: 1 / 1 / _____

05.802.434/0001-43

TRACÃO CORRETORA

LT - SERVIÇOS LTDA

10.000.000

RUA DA BARRA, 100 - 2º ANDAR

SÃO VICENTE - CEP: 55060-000

01.000.000

Angela M. F. Chagas
Rg. 111387

MÉDICO

Scanned by CamScanner





05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA
10.01.2011
Rua da Aurora, 101 - FLS. 902 BL. C
Bairro: Jd. Santa Helena
Cidade: São Paulo - SP

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL) - 001 DA PÁGINA 1

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 16/7/19 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 14/7/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Evaristo da Silva Bonfim

LOCALS PRECISANTES DO ACIDENTE:

Fratura de Rodo dental

TIPO DE TRATAMENTO DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Tratamento Conservador de fratura de Rodo dental Alta 25/7/19

ALTA MÉDICA: ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DORRÊNCIA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DORRÊNCIA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

TIPO DE LESÃO: ☐ LESÃO TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO

☒ LESÃO PERMANENTE OU SEM HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

Por isso apresenta as seguintes alterações
do membro inferior do movimento de extensão
e flexão. Perda de movimentos de
abdução: interno e externo
+ 5% Grave

A FIM DE QUE ASSIM: SEU AVANÇO A VITÓRIA NO PERÍODO DE 31/8/13
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

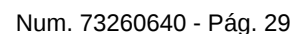
31/8/13 0001-41

Victor Caspary
Osteopata / Fisioterapeuta
at: 011-3075-2146/2146-0111

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SEP 2009

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CAC-05

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE



da Silva Goulart

João Goulart

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.410/0001-41
TRACAO SECRETARIA
DE DEFESA SOCIAL

Rua da Academia 175, SL 902 BL. C
Rio de Janeiro - RJ 20.064-010

Scanned by CamScanner



VALIDAR EM TODOS OS TERMINAIS DO NACIONAL

9.174.469 21/02/2011

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS >>

JOSE ROBERTO DE BARROS >>

EDINALVA CELESTINA DA SILVA >>

CAMPINA GRANDE - PB 14/02/1993

CN 20353 L 18-AA F 102 CART. SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE 03.11.1994 >>

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

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

Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

122.591.644-55

Nome

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Nascimento

14/02/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET 2019

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

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CAC-05

ESTADO DE PERNAMBUCO

SUBSECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL



da Silva Barros

Everton

João

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.402/0001-41
THACADIA BARRETOA
DE SEQUEIRA

10/11/2019
Vida da Mulher: 05.802.402-010
Data de Nascimento: 05.802.402-010

Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NUMERO 9.174.469 DATA DE EXPEDICAO 21/02/2011

COGNOME << JEAN EVERTON DA SILVA BARROS >>

FAMÍLIA << JOSE ROBERTO DE BARROS >>
<< EDNALVA CELESTINA DA SILVA >>

CIDADE/UF CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 14/02/1993

DESCRIÇÃO << CN 20353 L 18-AA F. 102 CART. SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 03.11.1994 >>

ESTADO DE EMISSÃO

ESTADO DE EMISSÃO

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

Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

122.591.644-55

Nome

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Nascimento

14/02/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

20 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, 3º, 902 BL. C
Itaú Vista - CEP: 50.060-000
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 9305217082

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	891042152	*****	2012

NOME
JANETE UCHON CAVALCANTI

3 C CASIBARIBE - PE 0

CPP / CNPJ	PLACA
641.150.624-87	KJTS024

PLACA ANT. / UF	CHASSI
***** / PE	9028C08106R899740

ESPECÍFICO	COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO REG.
HONDA / CG 150 TITAN	2005	2006

CAP. POT. / CL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
25 / 149CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2012 QUITADO	1ª *****	2ª *****
FACA / PVA	3ª *****	
1		

VENC. TAMPÃO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

SEM RESERVA
DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
NÃO AVALIADO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
3 D CASIBARIBE	25/02/12

Maria de Fátima Demerzio R. Costa

Presidente DETRAN/PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 SET-2011

Rua da Aurora, Nº 525, AL. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010

REC. 11

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200026276

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Data do acidente: 14/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio direito.

Descrição do exame físico: Ao exame vítima apresenta redução da amplitude de movimento do punho direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



CARTA

À SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT

DATA DO ACIDENTE: 14/07/2019

DE: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

ASSUNTO: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO COM A FIRMA RECONHECIDA POR
AUTENTICIDADE EM CARTÓRIO
(EXIGÊNCIA)

Prezado(a)s,

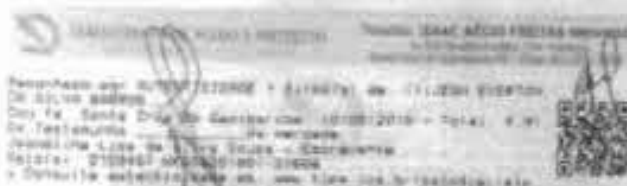
Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, toda a documentação elencada em Lei para o recebimento do seguro DPVAT já foi enviada a essa conceituada empresa, não tendo qualquer cabimento a nova exigência administrativa da declaração do proprietário do veículo, com a firma reconhecida em cartório por autenticidade, já que o mesmo encontra-se em local incerto e não sabido e/ou esta se recusando para tanto. Ademais informo que, caso a seguradora Líder entenda necessária, seja realizada a auditoria competente, no intuito de ser ratificada todas as informações constantes no(s) documento(s) já apresentado(s).

Diante desta situação, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários, bem como que, não sendo dada uma solução para este impasse, tomarei as medidas judiciais cabíveis, tendo em vista que todos os documentos mencionados em Lei para o recebimento do seguro DPVAT já foram devidamente enviados, não podendo, portanto, a norma administrativa sobrepor-se ao dispositivo Legal.

Sem mais, fico no aguardo!

Santa Cruz do Capibaribe (PE) 10 de setembro de 2019

X *Jean Everton da Silva Barros*
JEAN EVERTON DA SILVA BARROS



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20.09.2019

Rua da Aurora, nº 175, 54.902-86, C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
11.781.391

Scanned by CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381950/19
Vítima: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
CPF: 122.591.644-55
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/07/2019
Titular do CPF: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS : 122.591.644-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: JEAN EVERTON DA SILVA BARROS
CPF: 122.591.644-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JEAN EVERTON DA SILVA BARROS

Steffany Carolyn Lins Veloso



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: **3200026276**

Nome do(a) Examinado(a): **JEAN EVERTON DA SILVA BARROS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Primeiro de Maio, 119 - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55191-591

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SDS / PE] 9174469**

Data e local do acidente: **[14/07/2019] Santa Cruz do Capibaribe**

Data e local do exame: **[24/01/2020] Caruaru [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.

Ao exame vítima apresenta redução da amplitude de movimento do punho direito.

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

[X] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações. Alta médica

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

[X] Sim [] Não

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

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "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):

Punho direito

% do dano: () 10% residual (X) 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.**



Andreia Rodrigues Madiers - CRM: 19953 - PE

