



Número: **0015576-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO RIBEIRO DA SILVA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73753 070	19/01/2021 14:17	<u>ANEXO 1</u>	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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190685421 Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO RIBEIRO 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 Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15209817



220 01757/01758 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:17:03
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914170314400000072292240>
Número do documento: 21011914170314400000072292240

Núm. 73753070 - Pág. 1



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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190685421 Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO RIBEIRO 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000110326-1

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, retorno 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-DRVAT

Estamos aqui para Você



Pag. 01063/01064 - carta_15R - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:17:03
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914170314400000072292240>
Número do documento: 21011914170314400000072292240

Núm. 73753070 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	093.303.344-88	Paulo Ribeiro da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	Paulo Ribeiro da Silva	CPF:	093.303.344-88	
Profissão:	Motorista	Endereço:	Avenida Júlio César da Fonseca	Número: 870 Complemento:
Bairro:	Jardim das Américas	Cidade:	Conceição	Estado: PR CEP: 55010-130
E-mail:	rogero	Tel. (DDD):	(81) 99304-6299	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 REÚSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051

CONTA: 330326

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT à que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *Conceição (PR), 08/12/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escotar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 VOL1/2018



PAULO RIBEIRO DA SILVA
Agencia 0051
Operação 013
Conta 110326-1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 664º CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ºCIRC
 DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154000986

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/09/2019** às **16:57**

Complementa o BO Número: **19E0154000984**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/9/2019** às **17:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

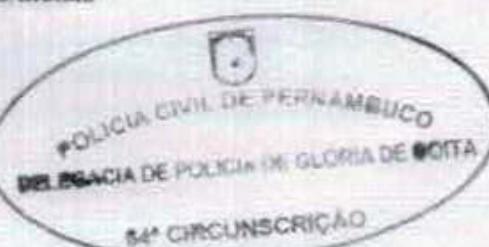
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ÁGUA PRETA, 1, PRÓXIMO AO PRESÍDIO DA CIDADE**

Bairro: **CENTRO - ÁGUA PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Lugar do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APlica (AUTOR / AGENTE)
DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (OUTRO)
ANA CRISTINA ALVES DA SILVA (OUTRO)
PAULO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Síl(a): **ANA CRISTINA ALVES DA SILVA**

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Síl(a): **MARIA MAELIA DA SILVA** Pai.
JOÃO RIBEIRO DA SILVA Data de Nascimento: **28/4/1984** Naturalidade: **FLEXEIRAS / ALAGOAS / BRASIL** Documentos:
2988903/SDS/PE (RG), **00330234488 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
 Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **RUA JACKSON DO PANDERO, 200, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro JARDIM MARANGUAPÉ - CARuaru/PERNAMBUCO/BRASIL**

DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

ANA CRISTINA ALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Síl(a): **DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA**, que estava em



Possível(s) Suspeita(s): **ANA CRISTINA ALVES DA SILVA**
Categoria/Modelo/Fabricante: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150 Objeto apreendido: N/A**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **FCC1077** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **SC2KF2205JR014385**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação:

A CONDUTORA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA ESTAVA VINDO DA PRAIA DESTINO A CARUARU-PE, QUANDO PRÓXIMO AO PRÉSÍDIO DE AGIMB BELAS PERDEU O CONTROLE NUMA CURVA E VEIO AO SOLO JUNTAMENTE COM O GARUPA (VITIMA) QUE VINHA EM SUA COMPANHIA, PAULO RIBEIRO DA SILVA, O QUAL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PLAMARES-PE E EM SEGUINDE REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM CARUARU-PE, ONDE TEVE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATEIA ESQUERDA POR VOLTA DAS 17:00 HORAS.

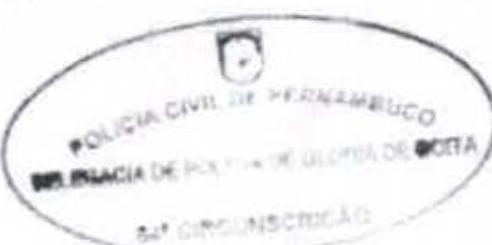
Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial:

PAULO RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Paulo Ribeiro da Silva

E.O. registrado por: **SEVERINO EVALEDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 150.816-3

Severino Evaledo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 150.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRICAO - GLORIA DO GOITÁ - DP64°CIRC
 DINTER1/12°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154000984

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/09/2019** às **16:33**

Complementado pelo BO Número: **19E0154000986**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/9/2019** às **17:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AGUA PRETA, 1, PRÓXIMO AO PRESÍDIO DA CIDADE -**

Bairro: **CENTRO - ÁGUA PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APPLICA (AUTOR / AGENTE)
DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (OUTRO)
PAULO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO RIBEIRO DA SILVA**



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

PAULO RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nasc. **MARIA MAÉLIA DA SILVA** Pai: **JOÃO RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/4/1984** Naturalidade: **FLEXERAS / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **2086992/SDSPE (RG) 08330234488 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
 Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **RUA JACKSON DO PANDEIRO, 286, CASA - CEP: 56000-000 - Bairro: JARDIM MARANGUAPÉ - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NÃO SE APPLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DÉBORA CRISTINA SILVA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO RIBEIRO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**



Placa: PCC1677 (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: 9G2KF2266JR014386
Ano/Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

A CONDUTORA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA ESTAVA VINDO DA PRAIA DESTINO A CARUARU-PE, QUANDO PRÓXIMO AO PRESÍDIO DE ÁGUAS BELAS PERDEU O CONTROLE NUMA CURVA E VEIO AO SOLO JUNTAMENTE COM O GARUPA (VÍTIMA) QUE VINHA EM SUA COMPANHIA PAULO RIBEIRO DA SILVA, O QUIL FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE PLAMARES-PE E EM SEGURDA REMOVIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EM CARUARU-PE, ONDE TEVE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FATEIA ESQUERDA POR VOLTA DAS 17H00 HORAS.

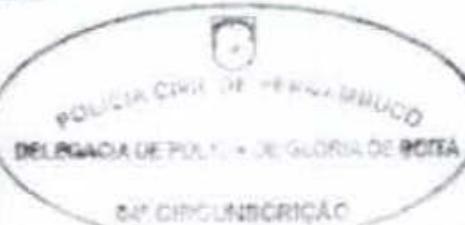
Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial:

PAULO RIBEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Paulo Ribeiro da Silva

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.818-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.818-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	093.303.344-88	Paulo Ribeiro da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Paulo Ribeiro da Silva	CPF:	093.303.344-88
Profissão:	Recepcionista	Endereço:	Rua Júlio César da Fonseca
Bairro:	Zona Leste	Cidade:	Conselheiro Lafaiete
E-mail:	recep@...	Estado:	MG
		CEP:	55010-130
		Tel. (DDD):	(61) 99304-6299

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

RENDIMENTO:

- RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0051

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 330326

(Informar o dígito se válido)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se válido)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicitei o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Belo Horizonte, 08/12/19.
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina o RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (destituíta)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000110326-1

Nr. da Autenticação 8B879F77681817D6



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:17:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914170314400000072292240>
Número do documento: 21011914170314400000072292240

Num. 73753070 - Pág. 10



p. 30

ANA CRISTINA ALVES DA SILVA
R JACKSON DO PANDEIRO 280
JOAO MOTA
55010-130 CARUARU - PE

Postagem: 13/09/2019
Vencimento: 27/09/2019
Emissão: 13/09/2019

Enchanted Forest 13/10/2019

Tutor ANA CRISTINA ALVES DA SILVA
Cartão 0062-XXXX-XXXX-6668

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude só para a Fatura Digital que 3003-3020 é considerada

vencimento	A) pagamento total	B) pagamento mínimo	C) parcelas fixas
27/09/2019	627,19	136,93	48,08 +23x 48,08

do Poder Executivo mostraram-se apreensivos perante a possibilidade de se tornar o maior consumidor da sua capacidade de tutela da finança, tendo evitado formalmente a referência ao princípio constitucional da separação entre os poderes. Na realidade, afirmaram, um julgamento influenciado pelas pressões do Executivo, não só violaria a Constituição, como também resultaria num resultado

Límites de crédito RG

Límite total de crédito	1.100,00
Límite utilizado más tarde	627,19
Retirada de recursos Pali&Quel	56,00
Retirada de recursos Entel&Cia	125,00

图 物质的量浓度与质量浓度

© partidas finas

100 100

30 30

Lancamentos: compras e saques		48,08
Ana C A da Silva (Nef 5568)		+23x 48,08
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
27/09	AAMS MAGAZINE LTDA	03/06
	CARUARU	136,35
06/07	CASA DO FOQUETEBROS	03/03
	CARUARU	42,00
06/07	MALHARIA SAC PAULO	03/04
	CARUARU	21,20
06/07	GARIN ATACADO	03/05
	DECURADINHA	67,92
18/07	FAARMÁCIA DIARIANNE	03/03
	CARUARU	20,00
21/07	MERCADOPAGO "SAK"	02/02
	OSASCO - SP	37,50
31/07	MALHARIA SAC PAULO	02/02
	CARUARU	39,00
03/08	SUMUP "ARLEY"	02/02
	SAN PAULO	42,50

 Compre presencial
com o uso do cartão e sem taxa

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.75348 21341.692040 00173.090002 5 000
Local de Pagamento:		Data de Vencimento:
Pague sua fatura via saques da rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos extras cobrados automaticamente. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na prorrogação. Fatura:		(21/09/2018)
Numero do Documento: 1730191818	Número do Documento: 20116233474691012545	Agência / Conta Detalhadas:
Venc. de Fatura:	Exped.:	Itaú - São Paulo
175	01	175/3421 3416-0
Prorrogação de pagamento com desconto:		
Indique se você quer descontar pagamentos no campo "Valor Pago". Se preferir não pagar nenhuma taxa, não ative nenhum dos checkboxes acima. (i) pagar quinzena a partir do valor constante em "Pagamento Mínimo", (ii) pagar a vencimento pelo crédito estabelecido, (iii) agitar para nova data constante de "Futuração Fim", (iv) pagar o valor exato da parcela até a data de vencimento.		
		1) Desconto / Multa:
		01 Junho / Multa:
		1) Valor Pago:
Fatura de Pagamento (CPF/CNPJ) Endereço: Cidade/UF/CEP: ALTA CRESTAIA ALVES DA SILVA - 015-740-374-40 R. JACKSON DO NUNCIADO, 206 - JARDIM MULAT - SANTOS-SP - CEP: 11300-000 Sacado: Andrade		



Author(s) - L. M. S. - 2013 - 000



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:17:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914170314400000072292240>
Número do documento: 21011914170314400000072292240

Num. 73753070 Pág. 11

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: PAULO RIBEIRO DA SILVA
 Data Nasc.: 28/04/1984 Idade: 35
 CPF: RG:
 Endereço: RUA JACKSON DO PANDEIRO
 Bairro: JOAO MOTA
 CEP: 55010130 Fone: 93202472
 Nome da Mãe: MARIA EMELIA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 541059 Prontuário: 344838
 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS CNS:
 Religião:
 Nº: 280 Estado: PE
 Profissão:

2 - ATENDIMENTO Data: 08/05/2010 23:21

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de acidente motocicístico, evoluí
c/ trauma em joelho (E)

Exame Físico: Dor + edema + sangramento em região
patelar e crepitacões PA: FC: FR:

RX- Fratura polo inferior da patela.

Diag. Provisório: Fratura de Patela Esquerda (Exposta)
CP- Internamento para tratamento
cirúrgico

Prescrição:

Dietas:

Horário

Data:

Globo Cirúrgico

1 de 2

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

PACIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador do procedimento: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1º Assistente: Instrumentador: JUAN Anestesiista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 09/09/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA// 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

seg. 9 de setembro de 2019

DATA: 09/09/2019 HORA: 09:00:00 /

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

PACIENTE: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador do procedimento: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1º Assistente: Instrumentador: Anestesiista: DR. ROBERTO

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 09/09/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQ ATRAVÉS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA// 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA COM LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO 4. SUTURA E CURATIVO // 5. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

seg. 9 de setembro de 2019

DATA: 09/09/2019 HORA: 09:00:00 /



CONVERSATION-CLASS METHODS

FICHA DE ANESTESIA

N. 3114.

Paulo Ribeiro da Silva

344838 515

H. 90

35a 02 42 09 09 19

1 matina exposta de Patilo e

80-135-56

9-mers

3º Exercício de Tratamento Exposta

Amano

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

Dra. Mónica Siebert
Antropóloga



 		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO	
HOSPITAL REGIONAL DE PALmares EM SISTEMA DE ATENDIMENTO SUS			
FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA			
Nome: <i>Ruth Alves da Silva</i> Data de Nascimento: <i>28/04/1984</i> Idade: <i>35 anos</i> Endereço: Cidade: <i>Cheremba</i>		  <i>Carimbo</i>	
DESTINO DO PACIENTE: <i>HRA</i>		SENHA: <i>5766810</i>	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA			
ANAMNESE: <i>Queda de Motocicleta com lesão e ferimento em joelho Enquanto</i>			
EXAME FÍSICO: <i>Edema, escoriação, pressão de ferimento com retração de tecidos húmidos em Topografia de ferimento</i>			
DROGAS ADMINISTRADAS: <i>Tremal 100 mg, EV</i> <i>Lifelast 2g, EV</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES: <i>Rx</i>			
HD: <i>Fratura de Póntica Esquerda Enquanto</i> EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:			
<small>LEMBRETE: OBRIGATÓRIO - INCLUIR FOTO E CARIMBO</small>			

DATA: *09/01/2019*


Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Eugenio Quilhando dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE.
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3661-8430





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:17:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914170314400000072292240>
Número do documento: 21011914170314400000072292240

Num. 73753070 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:17:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914170314400000072292240>
Número do documento: 21011914170314400000072292240

Num. 73753070 - Pág. 17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Foto e Assinado da Sra. Sônia

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Num. 73753070 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:17:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914170314400000072292240>
Número do documento: 21011914170314400000072292240

VALIDA EM TODA

VALIDA EM TÓTO

TERRITÓRIO NACIONAL

P. 15100 2,086,903

EXPEDIÇÃO 07/06/2002

Paulo Ribeiro da Silva

LIVELIHOODS

A. M. da Silva

LEXICONAL

ANALOGUE

28/04/1984
DATA DE NASCIMENTO

DATOS DE NACIMIENTO

to Naso n° 281, L.A-11, Fls. 267
KONGMEL

MENKES/AL.

卷之三

LEADER



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

O ambiente é uma obra que deve ser apreciada, para evitar maior risco.

Se houver acidente, logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entes curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, anunçará mais tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



2^a VIA

Número 035968 Série 00022



Paulo Roberto da Silveira
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Santo Ribeiro da Silveira

Loc. Nasc. Flexeiras Est. AL Data 28/04/84

Filiação José Ribeiro da Silveira e

Maria Amélia da Silveira

Doc. Nº RG- 2086903 SSP PE.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.: Data Emissão 04/08/09

SRTE SDT Cananéia

Rosângela Pinto

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
.....

Doc.
.....

Nome
.....

Doc.
.....

Nome
.....

Doc.
.....

Est. Civil
.....

Doc.
.....

Est. Civil
.....

Doc.
.....

Nascimento
.....

Doc.
.....





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



**Número
093.302.344-88**

**Nome
PAULO RIBEIRO DA SILVA**

**Nascimento
28/04/1984**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 14:17:03
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011914170314400000072292240>
Número do documento: 21011914170314400000072292240

Num. 73753070 - Pág. 22

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PE N° 015100999954
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO	ODS / REINAVAM	MARCA	EXERCÍCIO
1	1150147408	HONDA	2016
NOME			
DEBORA CRISTINA LIMA VIEIRA SOUZA			
CARUARU - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
064.067.659-11	PCC1677		
PLACA ANT / DI	CLASSE		
***** /25	9C2KF2200JR014285		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
F.A.S / MOTOCICLETA	GASOLINA		
MARCA / MÓDULO	ANO FAR.	ANO MOD.	
HONDA / PCX 150	2016	2016	
CAP / POT / CM	CATEGORIA	DOMINANTE	
2E / 1490L	PARTIC	AZUL	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VEND. / COTAS	
IPVA 2019 QUITADO		1 ^º PARCELA	
PAÍSA LEVA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^º PARCELA	
A		3 ^º PARCELA	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOP / IPB	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
60.11	0.82.64.55	22/03/19	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE PÓTE DE OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
CARUARU		DATA	
RESERVADO DIREITOS RESERVADOS			

Roberto S. Mello

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N° 015100999954 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALIDADE: 19/03/2020 ATÉ 21/03/2021

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
CARUARU - PE	2016 - 08/09/17	
VEÍCULO	CPF / CNPJ	PLACA
1	064.067.659-11	PCC1677
REINAVAM	MARCA / MÓDULO	
1150147408	HONDA / PCX 150	
ANO FAR.	CLASSE	
2016	25	
PC2KF2200JR014285		
PRÉMIO TARIFÁRIO		
VEND. R\$	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.00	3.00	30.00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP / IPB	10% APROFUNDAMENTO
4.15	0.22	0.30
PAGAMENTO		
X COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE OUTAÇÃO
		13/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.244.806/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685421 Cidade: Água Preta Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA Data do acidente: 08/09/2019 Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, SUTURA E CURATIVO) E ALTA MÉDICA. P.2,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685421 Cidade: Água Preta Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA Data do acidente: 08/09/2019 Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, SUTURA E CURATIVO) E ALTA MÉDICA. P.2,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439818/19

Vítima: PAULO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 093.302.344-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2019

Titular do CPF: PAULO RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO RIBEIRO DA SILVA : 093.302.344-88

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: 09/12/2019
Nome: PAULO RIBEIRO DA SILVA
CPF: 093.302.344-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

PAULO RIBEIRO DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

