



Número: **0081796-78.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIZ HENRIQUE DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75287434	16/02/2021 10:51	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, 16 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200403035

Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 10/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00757/00758 - carta_02 - INVALIDEZ

00040379



Carta nº 16310984





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, 08 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200403035

Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 10/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000049**

Conta: **00000243589-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:	02/12/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000243589-5

Nr. da Autenticação 462752771DB088CD



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320034/20

Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Data do acidente: 10/06/2020

CPF: 115.850.944-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA : 115.850.944-80

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: 10/11/2020
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 094.568.984-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Luiz Henrique da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 9.483.727 expedido por SDS/PE em

31.01.2018 inscrito no CPF sob o nº 115.850.944.80 residente na

Rua Barra dos Coqueiros nº 36

complemento Casa Bairro Ilhura de Baixo cidade

Recife Estado PE

2. Outorgado Elvandro Carlos da Silva Nascimento

portador(a) do documento de identidade nº 7.963.603 expedido por SDS/PE em

24.05.2018 inscrito no CPF sob o nº 094.568.984.58 residente na

Rua Trinta e um nº 26

complemento Casa Bairro Primavera cidade

Paudalho Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Recife 02 de Setembro de 2020

Outorgante Luiz Henrique da Silva

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200403035 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 10/06/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA / LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.5
@ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG.7 DR. VICTOR CRISPIM CRM/PE 23144 DATA:28/08/2020.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO
EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS
MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320034/20

Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Data do acidente: 10/06/2020

CPF: 115.850.944-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA : 115.850.944-80

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: 10/11/2020
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 094.568.984-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AL

Nº 012252065275

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

CÓD. RENAVAM

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

01

00340008687

2015

NOME

LAERSON VITOR DOS SANTOS

CPF / CNPJ

8942372040

PLACA

NMJ0457

PLACA ANT. / UF

NMJ0457 AL

CHASSI

9C2KC1660BR533046

ESPÉCIE TIPO

232 / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCO / GASOL

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN EX

2011

2011

CAP. / POT. / CIL

2P / 149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA

** / ** / ****

VENC. COTAS

1º ** / ** / **

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º ** / ** / **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

286,75

IOF (R\$)

1,11

PRÊMIO TOTAL (R\$)

292,01

DATA DE PAGAMENTO

14/01/16

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTA OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

S MIGUEL DOS CAMPOS

DATA

13/01/2016

1F3C

ANTONIO CARLOS GONCALVES

A595

Digitalizado com CamScanner



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: LUIZ HENRIQUE DA SILVA Prontuário: 1112251

Cirurgião: DR^o GEORGE ROCHA 1^o Auxiliar: DR^o HERIVELTO ALEXANDRE

2^o Auxiliar: -

Anestesista: DR^o CECÍLIA Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 12/06/2020

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO E COM FIXAÇÃO EXTERNA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. DDH SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSE - CAMPOS ESTÉREIS
3. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FERIMENTO ARTICULAR EM BORDA EXTERNA DO P^{to} E TNZ COM SF0,9%
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. REALIZADO REDUÇÃO DIRETA COM BOM ALINHAMENTO DO TNZ
6. REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR COM FIXADOR TUBO-A-TUBO UTILIZADOS: 04 PINOS DE SCHANZ, 04 BARRAS, 04 CONECTORES BARRA-PINO, 04 CONECTORES BARRA-BARRA
7. REALIZADO SUTURA COM NYLON 2-0
8. CURATIVO

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 155817-08/11537



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
19/05/20	21 00	Paciente em EOR, consciente, orientada, sem alterações de estado de consciência, agitação ao tempo corrigida.
21/05/20	20 20	Paciente evoluiu bem, com melhora da consciência, desperto, orientado, sem alterações de estado de consciência, agitação ao tempo corrigida.
22/05/20	20 40	Paciente em EOR, consciente, orientada, sem alterações de estado de consciência, agitação ao tempo corrigida.
23/05/20	21 20	Paciente evoluiu em EOR, consciente, orientada, sem alterações de estado de consciência, agitação ao tempo corrigida.
24/05/20	20 20	Paciente evoluiu em EOR, consciente, orientada, sem alterações de estado de consciência, agitação ao tempo corrigida.

SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Reg: 1112251

Enf: 30

Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 10/06/2020

DATA DE SAÍDA: 23/06/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO EM 11/06/2020. RECEBE ALTA PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

Dr Agou Saraiva
Médico Residente

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA.
CRM PE 29572

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado LUIZ HENRIQUE DA SILVA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 60 (SESSENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL

CID 10: S826

Recife, 23/06/2020
Dr Agou Saraiva
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 29572

Médico – CRM-PE

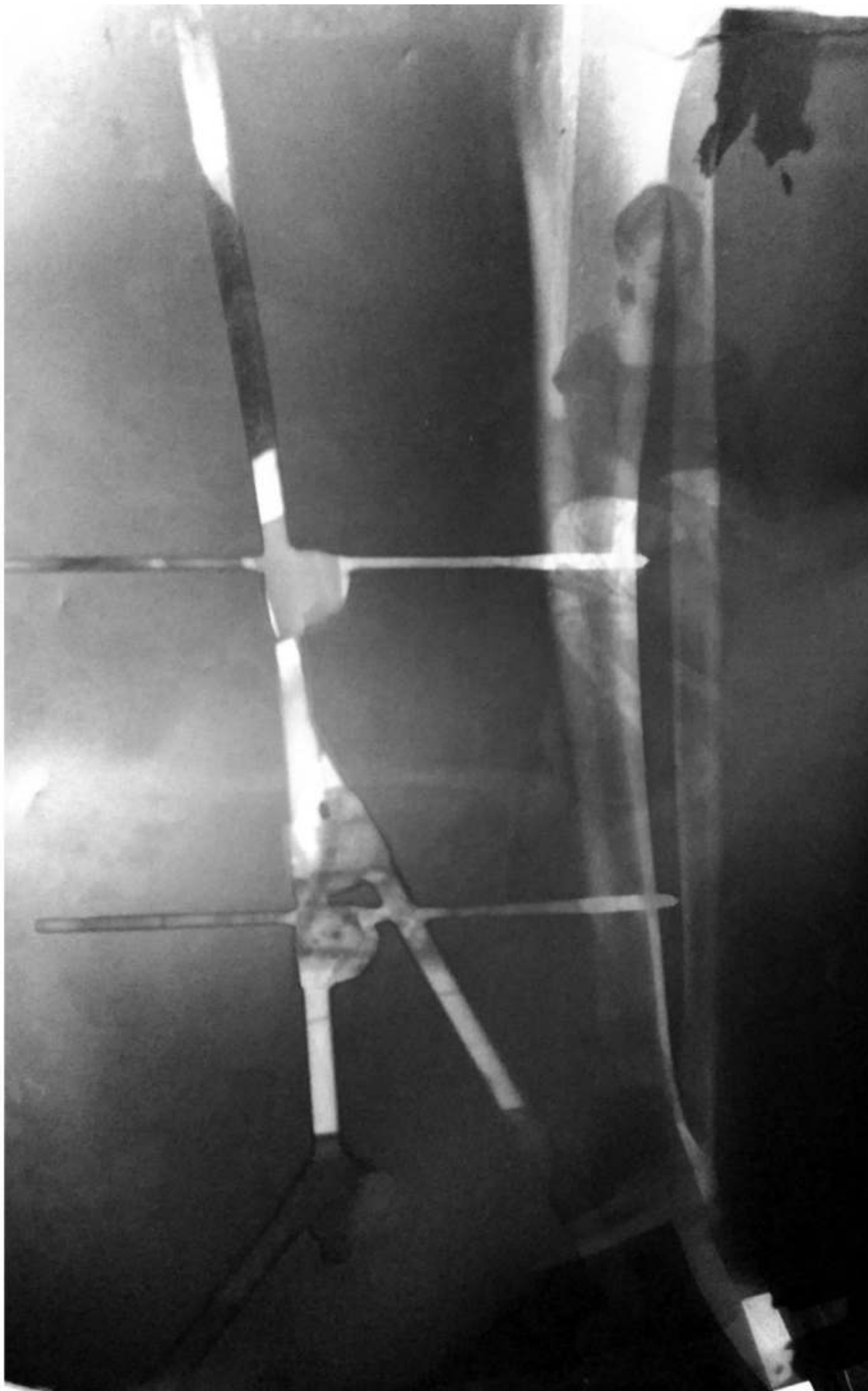
NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO





Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/02/2021 10:51:36
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021610513665500000073784247>
Número do documento: 21021610513665500000073784247

Num. 75287434 - Pág. 14

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 10/6/20	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 10/6/20
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Luiz Henrique do Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura Tornozelo E	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento Cirúrgico	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Perda de função completa Visto, predominantemente, devido ao trauma devido ao trauma interno e externo devido a flexão 45% Crispim
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 7 DIAS E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS	
Local: <i>Rio de Janeiro</i>	DATA: 28/8/20
Assinatura e Carimbo: <i>Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 23144	





VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1676416620

NOME

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7963603 SDS PE

CPF
094.568.984-58

DATA NASCIMENTO
26/12/1990

FILIAÇÃO
JOSE CARLOS DO NASCIME
NTO
MARIA ODETE DA SILVA N
ASCIMENTO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04918344208

VALIDADE
24/05/2023

1ª HABILITAÇÃO
12/04/2010

OBSERVAÇÕES
EAR

Evandro Carlos da Silva Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
24/05/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

54213449766
PE086093193

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1676416620

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PE

NOME
LUIZ HENRIQUE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9483727 SDS PE

CPF
115.850.944-80

DATA NASCIMENTO
24/10/1994

FILIAÇÃO
JOSE ALDO DA SILVA
MARIA ZULEIDE DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
06473480741

VALIDADE
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
30/09/2015

OBSERVAÇÕES
EAR

LUIZ HENRIQUE DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
31/01/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

24658838148
PE083197524

PERNAMBUCO

DETRAN **CONTRAN**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1561188741

PROIBIDO PLASTIFICAR
1561188741

Digitalizado com CamScanner





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Evandro Carlos da Silva Nascimento
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 094.568.984 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Luiz Henrique da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.850.944 / 80
do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Luiz Henrique da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.850.944 / 80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: autônomo Renda: X e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Trinta e um</u>	Número: <u>26</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>Primavera</u>	Cidade: <u>Paudalho</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>jo.assessoria@pe@gmail.com</u>	CEP: <u>55825-000</u>	Tel.(DDD): <u>81.99304.6299</u>

Local e Data: Recife 02 de Setembro 2020

Evandro Carlos da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017

Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner



ATENDIMENTO: RUA CAP PEDRO IVO - NUM. - 00053 - CENTRO PAUDA
 LHO PE 55825-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 17874942 Feb/2020

MARIA O. DA S. NASCIMENTO
 R TRINTA E UM, N. 00026 - PRIMAVERA PAUDALHO PE 55825-000

INSCRIÇÃO: 106 160 095 0118 000 GRUPO: 11 DER AUTOMATICO: 017874942

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
CORTADO	POTENCIAL	1	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A10B353176	04/02/2020	05/03/2020	MEDIA HD

ÁGUA:

LEIT ANT: 225 CONSUMO: 0
 LEIT ATU: HD RETIRADO
 LEIT FAT: 225

**HISTORICO DE CONSUMO
 REFERENCIA CONSUMO**

01/2020 00
 12/2019 00
 11/2019 00
 10/2019 00
 09/2019 00
 08/2019 00
 MEDIA: 00

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	42	48	48
COR APARENTE	42	48	38
CLORO RESIDUAL	42	48	47
COLIF. TOTAIS	42	48	30
E. COLI	42	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA CONSUMO TOTAL (R\$)
 RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020 0,26
 TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 02/2020 13,22

TRIBUTOS
BASE DE CÁLCULO
PERCENTUAL (%)

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 64ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000792

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2020 às 10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/6/2020 às 16:50

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RIO XINGU, 1, PRÓXIMO A IGREJA MARG, RECIFE-PE - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

LAERSON VITOR DOS SANTOS (OUTRO)

LUIZ HENRIQUE DA SILVA (VITIMA)

ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **MARIA ZULEIDE DA SILVA** Pai: **JOSÉ ALDO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/10/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **9483727/SDS/PE (RG), 11585094480 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)**

Endereço Residencial: **RUA BARRA DOS COQUEIROS, 36, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JORDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: **EDNA BATISTA DE SENA** Pai: **JOSÉ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/5/1992** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **8548059/SDS/PE (RG), 09587095480 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR**

Endereço Residencial: **RUA BARRA DOS COQUEIROS, 36, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JORDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

LAERSON VITOR DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

file://C:\Users\inv\infopol\xml\BOEPreview.html

19/07/2020

Digitalizado com CamScanner



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LAERSON VITOR DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NMJ0457 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Combustível: **GASOLINA**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA N° 1 QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA REFERIDA LOCALIDADE COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PASSOU PARA CONTRA MÃO AO TENTAR ULTRAPASSAR OUTRO VEÍCULO E ACABOU COLIDINDO DE FRENTE COM AS VÍTIMAS. DEVIDO O IMPACTO AS VÍTIMAS FORAM ARREMESSADAS AO SOLO E COM SÉRIAS LESÕES A VÍTIMA N° 2 ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GERTÚLIO VARGAS EM RECIFE-PE, ENQUANTO A VÍTIMA N° 1 O SENHOR LUIZ HENRIQUE DA SILVA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS TAMBÉM EM RECIFE-PE.

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA
(VÍTIMA)

*LUIZ HENRIQUE
DA SILVA*

ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA
SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

[Assinatura]
Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 115.850.944-80 4 - Nome completo da vítima: Luiz Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo: Luiz Henrique da Silva 6 - CPF: 115.850.944-80
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Barra dos Coqueiros 9 - Número: 36 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Ilhabela de Baixo 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51240-560
15 - E-mail: j.s.assessoria@pe@gmail.com 16 - Tel (DDD): 81.99304.6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as contas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0049

CONTA:

243589

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo(pel rascão)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Luiz Henrique da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 115.850.944-8 4 - Nome completo da vítima: Luiz Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR JUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo: Luiz Henrique da Silva 6 - CPF: 115.850.944-8

7 - Profissão: auto-nome 8 - Endereço: rua Barão dos Coarados 9 - Número: 36 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Fátima de Baixo 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51240-560

15 - E-mail: j.s.assessoria@pe@gmail.com 16 - Telefone: 81.99304.6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

0049

CONTA:

243589

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Luiz Henrique da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: [3200403035](#)

Nome do(a) Examinado(a): [LUIZ HENRIQUE DA SILVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Barra dos Coqueiros, 36, Recife/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SDS / 9483727](#)

Data e local do acidente: [10/06/2020 - Recife/PE](#)

Data e local do exame: [23/11/2020 - Arcoverde/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -8.42298](#) , [longitude: -37.05496](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[Fratura/ luxação exposta de tornozelo esquerdo](#)

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

[Tratamento cirúrgico com limpeza mecânico/ cirúrgica e fixador externo trans articular](#)

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

[Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo esquerdo.](#)

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

[Sim](#)

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

[Não](#)

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

[Limitação em flexão/ extensão do segmento do tornozelo esquerdo](#)

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"

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



Tornozelo Esquerdo - Médio - 50%

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

Apresenta rigidez articular moderada associado a limitação média da dorso flexão e da flexão plantar em tornozelo esquerdo

Eduardo Nóbrega Campos
Eduardo Nóbrega Campos
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8788 / CRM-PE 23308

