



Número: **0024803-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado  |
|---|--|
| JOSE DAMIAO DE LIRA (AUTOR)                         | MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI<br>(ADVOGADO(A))<br>BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO(A)) |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)           | ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR<br>(ADVOGADO(A))   |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO<br>(PERITO) |  |

| Documentos    |                    |                         |                    |
|---------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| Id.           | Data da Assinatura | Documento               | Tipo               |
| 12625<br>7116 | 17/02/2023 13:42   | <a href="#">ANEXO 3</a> | Outros (Documento) |

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001                   AGÊNCIA: 1234                   CONTA: 12345

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO: 319017133201

VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DAMIAO DE LIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04147

CONTA: 000001016806

---

---

Número da Autenticação

8F821AC2809E71CD



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190171332 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DAMIAO DE LIRA **Data do acidente:** 07/12/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO ( PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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          |
| <b>Total</b>                                 |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |



507320  
0069 267/19



2 of 2

19/02/2019 13:2

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO  
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER117ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218000672

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/02/2019 às  
14:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumada)  
que aconteceu no dia 7/12/2018 às 11:51

Fato ocorrido no endereço: PE-100 - SANTA CRUZ DO  
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SANTA  
CRUZ DO CAPIBARIBE, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO  
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JOSE DAMIAO DE LIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): JOSE DAMIAO DE LIRA



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

JOSE DAMIAO DE LIRA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
ANUNCIADA DE LIRA Data de Nascimento: 7/1/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL  
Residencial: RUA SÃO JUDAS TADEU - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO  
/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 02, PALESTINA -  
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO  
/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE DAMIAO DE LIRA, que  
estava em posse do(a) Sr(a): JOSE DAMIAO DE LIRA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Placa: **PEP8931** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

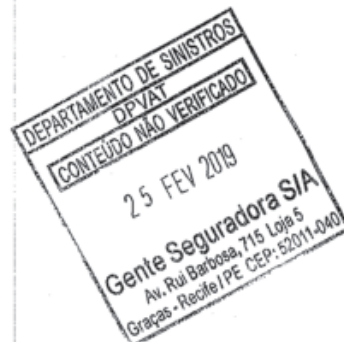
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VEIO A CAIR SOFRENDO VARIAS LESOES PELO CORPO.

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

*Jose Dantas de Lira*  
JOSE DANTAS DE LIRA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE MARCOS BATISTA DA SILVA Matrícula: 319938-0






DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSÉ DAMIÃO DE LIRA** nascido em 07/01/1976 esteve nesta unidade hospitalar no dia 07/12/2018 por volta das **11h51min.** Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 15 de FEVEREIRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

  
\_\_\_\_\_  
**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
DIRETOR  
MAT.069043

**José Ademir Pereira**  
Diretor  
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h  
MAT. 069043





Nome e da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: \_\_\_\_\_

Doenças preexistentes: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAR COMO VERMELHA**

Alterações de consciência ( ); Cianose ( ); Estridor ( ); PC <50 > 140 ( ); FR > 32 vpm ( ); Extremidades frias ( ); Pulso Fraco ( ); Sístole Ausente ( ); Sudorese ( ); PAS < 80 mmhg ( ); PAD > 130 mmhg ( ); Letargia ( ); Convulsionando ( ); Incontínente ou só resposta a dor ( ); Intoxicação exógena ( ); Sangramento intestinal ( ); Lesão grave ( ); Edematosas > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas ( ); Hipoglicemia com sudorese intensa ( );

**CLASSIFICAR COMO AMARELA**

Alterações de consciência com Glasgow entre 13 e 16 ( ); FC < 50 ou > 140 ( ); PAS < 90 ou > 190 mmhg ( ); T > 39°C ( ); Febre com imunodepressão ( ); Convulsão nas últimas 24 horas ( ); Mucosas ressecadas ( ); Edematosas entre 1° e 30 graus em áreas não críticas ( ); Abuso Sexual ( ); Dor abdominal ou torácica intensa ( ); Hematêmese até 72h de: Hematêmese ( ); Enterorragia ( ); Epistaxe ( ); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ( );

**CLASSIFICAR COMO VERDE**

Alterações de consciência com queixas ( ); TCE sem perda de consciência ( ); Febre sem outros sinais clínicos ( ); Edematosas ( ); Retorno com > 24h ( ); Entorse, suspeita de fraturas, queimaduras ( ); Dor abdominal ( ); Alterações de SSW ( < 10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas ( ); PAD entre 110 e 130 mmhg sem sintomas ( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ( );

*Guarda de rotina / dor em joelho*

**CLASSIFICAR COMO AZUL**

Alterações de consciência crônicas sem alterações agudas ( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ( ); Edematosas crônicas ou recorrentes ( ); Queimaduras de 1° grau em áreas não críticas > 6h ( ); Curativos ou retiradas ( ); Vômitos ou diarreia sem desidratação ( ); Constipação intestinal sem outros sintomas ( ); Administração de medicamentos ( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ( );

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA ( ) AMARELA ( ) VERDE (X) AZUL ( )

ADMINISTRADO: ASSISTENTE SOCIAL ( ) MÉDICO ( )



ASSINATURA DO ENFERMEIRO

*Paciente evadiu-se da  
Unidade, recusando  
transferência. 149.*




GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAUDE  
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGENCIA  
PRONT (B.E) N°: 1789119 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-909 Data: 07/12/2018  
Boletim de Emergência (8.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: JOSE DAMIAO DE LIRA CEP: 58463000 Nascimento: 07/01/1978  
Endereço: SÍTIO MANISSOBA Sexo: M Telefone: 981686991  
Cidade: Santa Cecília Idade: 040 Bairro: ZONA RURAL  
Nome da Mãe: MARIA ANUNCIADA DE LIRA RG: 5180483 N°: 0  
Responsável: DANIELE CPF: 02290099481 Profissão: AGRICULTOR  
Estado Civil: Divorciado(a) Data de Atend: 07/12/2018 CNS: 160524291870006  
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 16:19:59 CONVÊNIO: SUS  
Médico: Hora: 16:19:59 Especialidade:  
CRM:

OBS FICHA:  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Abrasão              | 19. Fratura óssea fechada      |
| 2. Amputação            | 20. Fratura óssea aberta       |
| 3. Avulsão              | 21. Hematoma                   |
| 4. Contusão             | 22. Injúria Venoso             |
| 5. Criação              | 23. Laceração                  |
| 6. Dor                  | 24. Lesão tendinosa            |
| 7. Edema                | 25. Luxação                    |
| 8. Empalhamento         | 26. Mordedura                  |
| 9. Enfiadura subcutânea | 27. Movimento tóxico paradoxal |
| 10. Emagamento          | 28. Objeto Encravado           |
| 11. Equimose            | 29. Otorragia                  |
| 12. F. Arma branca      | 30. Paralisia                  |
| 13. F. Arma de fogo     | 31. Parestia                   |
| 14. F. Cortado          | 32. Parestesia                 |
| 15. F. Cortante         | 33. Queimadura                 |
| 16. F. Corte-contuso    | 34. Hemorragia                 |
| 17. F. Perfuro-contuso  | 35. Sinal de Isquemia          |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36.                            |

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICOS  
*Quem de moto q trauma de perna (D)*

ALERGIA:  
MEDICAMENTOS:  
PATOLOGIAS:  
EXAME FÍSICO:  
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )  
Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:  
( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:  
Especialista: / às : Dia / /  
Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|-------------------|
| 1  |                        |                   |
| 2  |                        |                   |
| 3  |                        |                   |
| 4  |                        |                   |
| 5  |                        |                   |
| 6  |                        |                   |

RAIO X REALIZADO EM: 07/12/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

http://10.1.1.148/projetohctg/impregencia.php?contar=1789119



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

| <b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>  | <b>Hora entrada</b> | <b>Hora saída</b> |
|--|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0<br>Movimenta 2 membros = 1<br>Movimenta 4 membros = 2   |                     |                   |
| Apnéia = 0<br>Respiração Limitada, Dispnéia = 1<br>Respiração profunda e tosse = 2   |                     |                   |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0<br>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1<br>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 |                     |                   |
| Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0<br>Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1<br>Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2        |                     |                   |
| Não responde ao chamado = 0<br>Despertado ao chamado = 1<br>Completamente acordado = 2   |                     |                   |
| <b>TOTAL DE PONTOS:</b>  |                     |                   |

---

Assinatura do anestesista





NOME DO CLIENTE  
ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ROSEMIHU ALVES KULTHA 3

CPF: 945.234.444-04

ENTROR/SANTA CRUZ DO CAPIBARIIBE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIIBE PE  
55192-305

CLASSIFICAÇÃO  
BI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

N. DA MÓDULO: 0011134  
SÉRIE: 08/11/2018  
N. DO CLIENTE: 2011188088  
N. DA INSTALAÇÃO: 9423002

CONTADOR DE TESTO: 7008475460  
DATA DE VENCIMENTO: 16/11/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$): 81,79

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
25 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040

Consumo Anormal  
Artesiano Bandeira AMARELA  
Artesiano Bandeira VERMELHA  
Conta: Ilum. Pública Municipal  
ICMS Subvenção: CDE: Inf: 030589598-06/09/18

| QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|-------------|-------------|-------------|
| 100,0000000 | 0,73845882  | 73,84       |
|             |             | 0,35        |
|             |             | 5,22        |
|             |             | 1,98        |
|             |             | 0,80        |

TOTAL DA FATURA: 81,79

RECONSTRUINDO DE CONSUMO DE ESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 024888        | CA1            | 08/10/2018    | 3723,00          | 08/11/2018 | 3820,00       | 31         | 5100000   |        | 100,00        |

| PERÍODO DE CONSUMO | VALOR DO IMPORTE | VALOR DO IMPORTE | COMPONENTES DO IMPOSTO |
|--------------------|------------------|------------------|------------------------|
| NOV/18 100         | 18,23            | 26,00            | Transmissão            |
| DEZ/18 95          | 19,21            | 0,74             | Distribuição (Cidade)  |
| SET/18 92          | 19,21            | 3,44             | Perda de Energia       |
| AZO/18 88          |                  | 2,72             | Energos Setoriais      |
| AGO/18 79          |                  |                  | Tributos               |
| JUN/18 92          |                  |                  | Total                  |

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421884961

1421884961

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

DOC. IDENTIDADE: 4810389 SSP PE

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOURA

ISSAETE FERREIRA DE MOURA

Nº REGISTRO: 02378605979

VALIDADE: 08/04/2022

1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2002

LOCAL: SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO: 10/04/2017

PERNAMBUCO

53286755000  
PE078665272

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/02/2023 13:42:36



# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

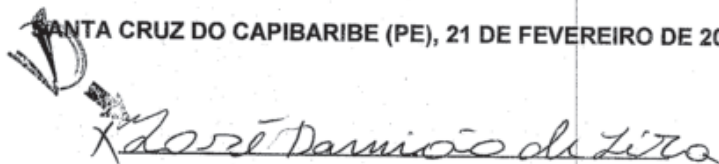
|   |
|---|
| NOME: JOSE DAMIAO DE LIRA   |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO   |
| PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR  |
| IDENTIDADE: 5.180.483 SSP-PE CPF : 022.900.994-81                                 |
| DATA DO ACIDENTE: 07/12/2018  |
| COBERTURA : INVALIDEZ   |
| VÍTIMA: JOSE DAMIAO DE LIRA   |
| ENDEREÇO: RUA STA TEREZINHA – 97 – PALESTINA I – SANTA<br>CRUZ DO CAPIBARIBE - PE |

OUTORGADO

|   |
|---|
| NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRA   |
| PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR  |
| IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04   |
| ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO –<br>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE). |

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

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 21 DE FEVEREIRO DE 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA

|   |  |
|---|--|
| TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO<br>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE   | Labelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA<br>Av. Tito Seroz Aragão, 174 - Centro<br>Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9789 |
| Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JOSE DAMIAO DE LIRA.                                       |  |
| Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 21/02/2019 - Total: 4,79.   |  |
| Em Testemunho _____ da verdade  |  |
| Jaqueline Lima de Oliveira Souza - Escrivente.  |  |
| Selo(s): 0159467.1102201903.03707   |  |
| * Consulte autenticidade em: <a href="http://www.tjpe.jus.br/selodigital">www.tjpe.jus.br/selodigital</a> |  |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069267/19  
**Vítima:** JOSE DAMIAO DE LIRA  
**CPF:** 022.900.994-81  
**CPF de:** Próprio  
**Data do acidente:** 07/12/2018  
**Titular do CPF:** JOSE DAMIAO DE LIRA  
**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

#### JOSE DAMIAO DE LIRA : 022.900.994-81

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/02/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/02/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190171332**

**Vítima: JOSE DAMIAO DE LIRA**

**Data do Acidente: 07/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE DAMIAO DE LIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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: **JOSE DAMIAO DE LIRA**

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

Banco: **033**

Agência: **000004147**

Conta: **000001016806-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## 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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 022.900.994-81 Nome completo da vítima: José Damiano de Lira

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: José Damiano de Lira CPF: 022.900.994-81  
 Profissão: R. Ind. Endereço: R. Sta. Teresinha Número: 97 Complemento: Carre  
 Bairro: Palästina I Cidade: Ouruz do Cap. Estado: PE CEP: 55190050  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 81 91613907

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

**RENTA MENSAL:**

RECLUSO 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 OPÇÃO 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: Santander  
 AGÊNCIA: 4147 CONTA: 01016806  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

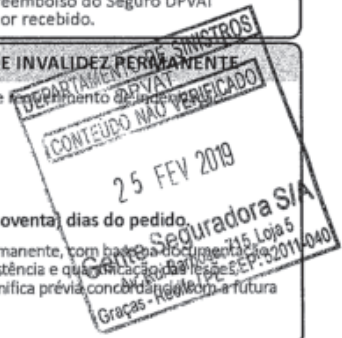
**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**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 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 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 no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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 (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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
 Local e Data: Ouruz do Cap. - PE 21/02/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Damiano de Lira  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**  
 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

**CESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

