
Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210225291

Vítima: Cosme Luis Dos Santos

Data do Acidente: 15/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), COSME LUIS DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: **Cosme Luis Dos Santos**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001116-9**

Conta: **00000563844-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento

Informações Cadastrais

CPF: 099.918.294-31

Nome: Cosme Luis Dos Santos

Data de Nascimento: 31/07/1988

Renda Mensal: Recuso Informar

Dados Bancários

Titular da Conta: Cosme Luis Dos Santos

Tipo de Conta: Conta Poupança

Banco: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

Agencia: 1116-9

Conta: 563844-5

☒ Autorizo a Seguradora Lider a fazer o pagamento para fins de indenização na conta descrita acima.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0156000292

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/06/2021 às 10:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/12/2020 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: **RUA ROCHA PONTUAL, 72, ESTRADA PARA ENGENHO PRATA GRANDE - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55515-000 - Ponto de Referência: ZONA RURAL DE AMARAJI-PE**
Local do Fato: **ENGENHO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ANTONIO DA SILVA (OUTRO)
COSME LUIS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **COSME LUIS DOS SANTOS**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

COSME LUIS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ARUNCIADA DE SOUSA Pai: LUIS ALVES DOS SANTOS Data de Nascimento: 31/7/1989 Naturalidade: AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7562416/5DS/PE (RG), 09991829431 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 994182518

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE AMARAJI, 1, ENGENHO PRATA GRANDE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE ANTONIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): COSME LUIS DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

200.238.83.149/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=156&IdOc=9038021&nroBO=21E0158000292&ipo=simples¬Principal=ACIDENTE DE TRÂNS... 1/7

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ANTONIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

COSME LUIS DOS SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESD** Objeto apreendido: **Nao**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCL1B51** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Descrição: **MOTOTAXISTA**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA NA GARUPA DO MOTOTAXI, VOLTANDO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL QUE ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO. A VÍTIMA CAIU E FOI SOCORRIDO PELO SAMU LOCAL (REGISTRO DE OCORRÊNCIA 916678), FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DE CHÁ GRANDE (ATENDIMENTO Nº 61.805), POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS (ATENDIMENTO Nº 3532196). A VÍTIMA SOFREU FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA, SEM MAIS.

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

COSME LUIS DOS SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANDERSON SOUZA DE SIQUEIRA**

(Liberado em **18/06/2021 às 10:26**)



BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

01/10/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321022529101

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSME LUIS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01116

CONTA: 000000563844

Número da Autenticação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Coronel Melius dos Santos

RG nº 7.562.916, data de expedição 26/04/2004 Órgão SDS,

CPF nº 099.918.294-31, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua B</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Amaraji</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55515-</u>
Telefone de Contato	<u>81-3534-5801</u>
E-mail	<u>coronelmelius1988@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boiade 18-08-2021

Assinatura do Declarante: Coronel Melius dos Santos



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 15/12/2020 16:05

Atendimento N: 61.805

NORMAL

ID PAC PAC_578178	10.168	Cartão SUS: 708906792396714	Nome do Paciente: COSME LUIS DOS SANTOS		
Dt. Nascimento: 31/07/1988	Idade: 32 ANOS	Sexo: MASCULINO	Raça/Cor: PARDO	Tel. Contato: (99) 99999-999	Tel. Contato: (99) 99999-999
Nome do Pais: LUIS ALVES DOS SANTOS MARIA ANUNCIADA DE SOUSA			Observações 0		
Endereço:	SÍTIO PRATA GRANDE 0 AMARAJI PE				

ANTROPOMETRIA

PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m MASSA: _____

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

P.A.: 120 x 80 mmHg TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl
FREQ. CARD.: 90 bpm SAT. O2.: 93 % ☐ Jejum ☐ Pós-Prandial
FREQ. RESP.: _____ rpm HGT: 116

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS? ☐ QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:

Vítima de acidente de moto, com impossibilidade de movimentação de MID. Trazido pela SATEU com membro imobilizado. Ingeriu bebida alcoólica.

EXAMES FÍSICOS

ECG: Cor., algo desorientado, supnais, normotensão
ACV, AR - MDN; ABD - Inerte; Mobilização de pelve em artrosc.
Atrofia de anatomia em MID, com dor ao toque.

DIAGNOSTICO

Fratura em puno ①

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx de MID

TRATAMENTO

- ① SFG9, dize, Glico-farmacológico - 500ml, EV, agor
- ② tramal 50mg/ml - 01 amp + 100ml SFG9, EV, agor

Data do Atendimento: _____ Hora: _____

Yasmim Soares Malta
MÉDICA
CRM-PE 2012

Médico / CRM / Carimbo

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital Geral de Saúde

SENHA DE REGULAÇÃO: 6090681

MÉDICO REGULADOR: _____

DATA DA RESERVA: 15 / 12 / 2015

HORA DA RESERVA: 15 06

[Assinatura]
Médico assistente
Carimbo

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE DESTINO: _____

NOME DO PACIENTE: Leandro da Silva

CPF

IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

SEXO

FEM

MASC

HISTÓRIA CLÍNICA

Atendimento realizado em 15/12/2015, às 15h06, no Hospital Geral de Saúde, por médico assistente, com queixa de dor abdominal, náusea e vômito. Paciente em uso de medicação para hipertensão arterial sistêmica. Exame físico: PA 160/90 mmHg, FC 96 bpm, FR 15, SpO2 98%. Exames realizados: Hemograma e Creatinina. Diagnóstico principal: Hipertensão arterial sistêmica. Motivo da transferência: Transferência para o Hospital de Destino.

CONDUTA INICIAL: Exame físico realizado, PA 160/90 mmHg, FC 96 bpm, FR 15, SpO2 98%.

EXAMES REALIZADOS: Hemograma e Creatinina.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Hipertensão arterial sistêmica.

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

Data da transferência: _____



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: COSME LUIS DOS SANTOS Idade: 32 Anos 11 Meses 6 Dias Nasc: 31/07/1988
Sexo: MASCULINO CNS: 708908792396714 Contatos: 81. 91825205 | Celular: 81.
Mãe: MARIA ANUNCIADA DE SOUSA
Endereço: SITIO BACURAL, N.º 0 - : BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 15/12/2020 20:13
Prontuário: 1123417
Nº. Atendimento: 3500614
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO I-10-03

Médico:
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: CÓDIGO PACIENTE:
03500614 01123417
NOME DO PACIENTE: SITUACÃO CIRURGIA:
COSME LUIS DOS SANTOS
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:

CID FINAL:

Procedimento

Material:

DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
15/12/2020

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
CIRURGIÃO: DR EDUARDO CARACIOLO
1º AUXILIAR: DR THIAGO MORETH
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: DRA KAISSA

DESCRIÇÃO:

- PACIENTE EM DD SOB RAQUIANESTESIA
- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- REALIZADA INCISÃO MEDIAL PROXIMAL E DISTAL SOBRE FOCO DE FRATURA DE TÍBIA DIREITA
- DIVULSAO POR PLANOS
- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DIAFIÁRIA DE TÍBIA
- LIMPEZA ABUNDANTE COM SF 0,9%
- REALIZADA INCISÃO LATERAL PROXIMAL
- DIVULSAO POR PLANOS
- INTRODUÇÃO DE 01 PLACA DCP 4,5
- INCISÃO DISTAL LATERAL
- DIVULSAO POR PLANOS
- APOSIÇÃO DE PLACA
- FIXAÇÃO DA PLACA COM 07 PARAFUSOS CORTICAIS
- OBSERVADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO A JONES
- A SR

ORTOMÉDICA:

- 01 PLACA DCP 4,5
- 07 PARAFUSOS CORTICAIS



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: COSME LUIS DOS SANTOS Idade: 32 Anos 11 Meses 6 Dias Nasc. 31/07/1988
Sexo: MASCULINO CNS: 708908792396714 Contatos: 81. 91825205 | Celular: 81.
Mãe: MARIA ANUNCIADA DE SOUSA
Endereço: SÍTIO BACURAL, N.º 0 - BAIRRO: ZONA RURAL - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 15/12/2020 19:20
Prontuário: 1123417
N.º Atendimento: 3500610
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. NEGA VÔMITOS, RINORRAGIA OU OTORRAGIA. SOCORRISTAS DO SAMU RELATAM QUE, NO MOMENTO DO ACIDENTE, QUANDO O ENCONTRARAM, ESTAVA LEVEMENTE ALCOOLIZADO. EM TEMPO, ENCONTRA-SE ESTÁVEL.

História Clínica

Exame Físico

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Observações

Conduta

INTERNO PACIENTE E COLOCO NO MAPA PARA CIRURGIA NA EMERGÊNCIA.

THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA - CRM: Nº.29375

Data/Hora: 15/12/2020 - 20:01

Paciente: 1123417 - COSME LUIS DOS SANTOS

Idade: 32 Anos 11 Meses 6 Dias

Data de Nascimento: 31/07/1988

Prestador Assistente: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 9756

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3500614

Leito: TRAU 10-03 - POSTO I

Admissão: 15/12/2020 20:13

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 1143887 (FECHADO)Responsável: THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA - CRM
29375 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

17/12/2020

Data/Hora do Documento:

17/12/2020 14:36

PACIENTE ABORDADO CIRURGICAMENTE, COM COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 4.5. ENCONTRA-SE COM BOA RADIOGRAFIA E BOA FO, SEM OUTRAS ALTERAÇÕES EM TEMPO. ESTÁVEL EM LEITO DE ENFERMARIA. SOLICITADO RETORNO APÓS 15 DIAS + RX CONTROLE + CEFALOXINA VO POR 07 DIAS + ANALGESIA SN.

THIAGO MORETH DA SILVA BARBOSA
CRM 29375

11 - Bairro: _____
E-mail: _____



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.562.416

DATA DE
EXPEDIÇÃO

26/04/2004

<< COSME LUIS DOS SANTOS >>

<< LUIS ALVES DOS SANTOS >>

<< MARIA ANUNCIADA DE SOUSA >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

AMARAJI

PE

31/07/1988

DOC. ORIGEM

<< CN 12947 L 12A F.04V CART AMARAJI PE 03.11.1989 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20.06.83

F-11 41010



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
099.918.294-31

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TAVARES DE RIBEIRO



1971



INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TAVARES DE RIBEIRO



Edmé Luis dos Santos

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

099.918.294-31, com residência em rua B Bela
Vista declaro que estou solicitando a indenização /
reembolso do seguro DPVAT, em razão do acidente
ocorrido em 15-12-2020 na cidade de Aracaju
no Estado de Pernambuco conforme a documentação
apresentada neste aplicativo.

Declaro ainda que tenho conhecimento de que
poderei ser responsabilizado civil e criminalmente
por qualquer declaração não verdadeira.

Data: 06 / 09 / 2021

Assinado: Osvaldo de Souza Santos

11 - Bairro: _____
E-mail: _____



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.562.416

DATA DE
EXPEDIÇÃO

26/04/2004

<< COSME LUIS DOS SANTOS >>

<< LUIS ALVES DOS SANTOS >>

<< MARIA ANUNCIADA DE SOUSA >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

AMARAJI

PE

31/07/1988

DOC. ORIGEM

<< CN 12947 L 12A F.04V CART AMARAJI PE 03.11.1989 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20.06.83

F-11 41010



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
099.918.294-31

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TAVARES DE RIBEIRO



1971



INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TAVARES DE RIBEIRO



Edmé Luis dos Santos

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

099.918.294-31, com residência em rua B Bela
Vista declaro que estou solicitando a indenização /
reembolso do seguro DPVAT, em razão do acidente
ocorrido em 15-12-2020 na cidade de Aracaju
no Estado de Pernambuco conforme a documentação
apresentada neste aplicativo.

Declaro ainda que tenho conhecimento de que
poderei ser responsabilizado civil e criminalmente
por qualquer declaração não verdadeira.

Data: 06 / 09 / 2021

Assinado: Osvaldo de Souza Santos

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMPL

Eu, Renato Lourenço dos Santos, portador da carteira de identidade nº 7.562.416 e inscrito no CPF/MF sob o nº 099.918.294-31, residente e domiciliado na Rua B 44 - Bela Vista, Cidade Aracaju, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Gesamte Leistungssumme

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Amarap - 1E, 06/08/2021

Local e data



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE AMARAJI - PE
Rua Teófilo de Nassi, 13 - Centro - CEP: 55015-000 - Fone: (81) 3553-1102
E-mail: registr@amaraji-pe.com.br - www.amaraji-pe.com.br
Tribunal de Recuperação Judicial - Macaíba - Rio Grande do Norte

[illegible]

Servizio Registri e Notari
N° 0761-PE
Giordano Gabriele Barzilos
Prima Sostituto di Delegatario

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Osme Luis dos Santos, portador da carteira de identidade nº 7.562.416 e inscrito no CPF/MF sob o nº 099.918.294-31 residente e domiciliado na Rua B 44 - Bela Vista Cidade Amaraji Estado Pernambuco 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Osme Luis dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Amaraji - PE, 06/08/2021

Local e data



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE AMARAJI - PE
Rua Teófilo de Melo, 10 - Centro - CEP: 55015-000 - Fone: (81) 3433-1102
Tribunal e Registros, Matriz e Filiais



Reconhecido por AUTENTICIDADE (1 - firma(s) de:
(1) OSME LUIS DOS SANTOS
Data: 06/08/2021, sexta-feira, 06 de agosto de 2021
Em Testemunho da verdade
GERLANE CIBELE BARCELOS - PRIMEIRA SUBSTITUTA DO NOTÁRIO
Seio Digital: 0074740 PR-07202107 00212 Total 5828148 Registros e Notas
ISSQN (85)
Notário - PE
Gerlaine Cibele Barcelos
Primeira Substituta do Delegatário

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210225291 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Cosme Luis Dos Santos **Data do acidente:** 15/12/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) 3
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM 75% EM MI CONTRALATERAL.POR INCONSISTÊNCIA DO SISTEMA PARA COMANDAR PAGAMENTO, ONDE ESTÁ ESCRITO DANO FUNCIONAL TOTAL DE MEMBRO INFERIOR, LEIA-SE DANO FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

SEM LAUDO DO IML ACOSTADO

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210225291 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Cosme Luis Dos Santos **Data do acidente:** 15/12/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) 3
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA EM 75% EM MI CONTRALATERAL.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172420/21

Vítima: Cosme Luis Dos Santos

Data do acidente: 15/12/2020

CPF: 099.918.294-31

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Cosme Luis Dos Santos

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

Cosme Luis Dos Santos : 099.918.294-31

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.