



07/07/2023

Número: **0001366-72.2021.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **22/07/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
ROBSON RODRIGUES ALVES (AUTOR)	
	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
137272254	07/07/2023 09:13	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBSON RODRIGUES ALVES**

Nº Sinistro: **3180531696**
Vítima: **ROBSON RODRIGUES ALVES**
Data do Acidente: **06/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180531696**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13592077

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180531696

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON RODRIGUES ALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13598304

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ROBSON RODRIGUES ALVES

Sinistro: 3180531696
Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES
Data do Acidente: 06/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180531696** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01025/01026 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13643250





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, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180531696 Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do Acidente: 06/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00105/00106 - carta_02 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180531696

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBSON RODRIGUES ALVES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: ROBSON RODRIGUES ALVES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 00000914

Conta: 0000031641-6

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



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:	Nome completo da vítima:
	094.075.864-48	Robson Rodrigues Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ROBSON RODRIGUES ALVES	094.075.864-48	
Profissão:	Endereço:	Número:
MOTORISTA	EMÍLIO NUNES SILVA	46
Bairro:	Cidade:	CEP:
BOMBA	SIERRA TALHADA	56.906-515
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	PE	87.9998-1477

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

RENDA MENSAL:

☒ 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 31641 6	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 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, 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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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 (se houver)	Local e Data, Serra Talhada, 09/11/18	TESTEMUNHAS
Nome:	Nome:	1º Nome: _____
CPF:	CPF:	CPF: _____
		Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º Nome: _____
Robson Rodrigues Alves		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		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.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE E DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS



Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180531696
Nome do(a) Examinado(a): Robson Rodrigues Alves
Endereço do(a) Examinado(a): R Emidio Nunes da Silva, 46
S Cristovao Serra Talhada PE CEP: 56906-515
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8727788
Data local do acidente: [06/07/2018]
Data local do exame: [08/01/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 13/07/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PÉ ESQUERO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CREMEPE 19340/CRM-PE 8607





0410429/18

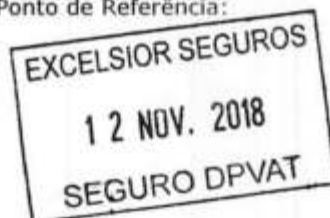
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004117**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2018** às **16:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/7/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, PE CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AEROPORTO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA (OUTRO)
ROBSON RODRIGUES ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ROBSON RODRIGUES ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES ALVES** Pai: **EDILSON RODRIGUES ALVES** Data de Nascimento: **5/3/1991** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8727788/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 87999699268**

Endereço Residencial: **RUA EMIDIO NUNES DA SILVA, 46 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON RODRIGUES ALVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PER3238** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **254360661** Chassi: **9C2KD052OAR081479**

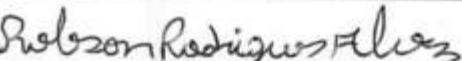


Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, A VITIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NO DIA HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO EM DADO MOMENTO, EM UM MOMENTO DE DESATENÇÃO, AO ENTRAR EM UMA CURSA EXISTENTE NA REFERIDA RODOVIA, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, CAINDO EM SEGUIDA. QUE APOS A QUEDA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPAM, COM LESOES NO PÉ ESQUERDO , ONDE FOI ATENDIDO PELO O MEDICO DE PLANTAO, APOS OS PRIMEIROS SOCORROS MEDICOS, FOI LIBERADO, E APOS QUATRO DIAS FOI OPERADO DO PÉ ESQUERDO, NA CASA DE SAUDE SAO FRANCISCO.

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


ROBSON RODRIGUES ALVES
(VITIMA)


B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**



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:
	094.075.864-48	Robson Rodrigues Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
ROBSON RODRIGUES ALVES		094.075.864-48
Profissão:	Endereço:	Número:
MOTORISTA	EMÍLIO NUNES SILVA	46
Bairro:	Cidade:	Estado:
BOMBA	SERRA TALHADA	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	56.906-515	87.9998-1477

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

RENTA MENSAL:

☒ 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 914 13	AGÊNCIA: _____
CONTA: 31641 6	CONTA: _____
(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 reconhecimento 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, 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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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
	Vivos:	Falecidos:
		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.

Local e Data, Serra Talhada, 09/11/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Robson Rodrigues Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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 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.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

BOLETIM DE EMERGÊNCIA				Nº: 93	
Data: 06. 07. 2018		Hora: 18: 25			
Nome: Roberto Rodrigues Oliveira					
Nascimento: 05. 03. 91		Sexo: m		Estado Civil: casado	
Escolaridade: 2º Grau		Profissão: chefe de família			
Mãe: das Graças Rodrigues (Oliveira)		Responsável: Thiago			
Endereço: Rua Edmundo Torres 46					
Bairro: Candeia		Município: D. J. PE		Fone: 9. 9610. 3159.	
Cartão SUS:		RG/CPF: 8. 727. 788			
Raça/Cor:		Branca		Preta	
		Parda		Amarela	
		Indígena			
PA:		Pulso:		HGT:	
Temperatura:		Peso:			
História e Exame Físico: Queda de altura .. Inimidade com o pai .. Beleza com um pé E e Ngr alargo ..					
Tratamento: - Srel de de pé E - Voltar ao trabalho 88 - Solu de de tornozelo (E) - Imobilizar talo Bora. E					
Hipótese Diagnóstica: Trauma pé			Carimbo e Assinatura: Rafael Santos Médico 1222		
Destino do Paciente:		Internado		Residência	
Transferido		Evasão			
Removido para o hospital:					
Óbito às hrs do dia					

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



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: 14/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO: 318053169601
VALOR TOTAL: 843,75

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ROBSON RODRIGUES ALVES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00914
CONTA: 000000031641

Número da Autenticação
9BDC05F7698E9B62



DADOS DO CLIENTE
PAULA MIRELLE FREIRE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HILDO NUNES SILVA 46

CPE 890 367 044-001RS 18535140480

BOMSAI GERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55303-515

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM MS
Monofásico

NUMERICAL	NAME	DATE
030515051	INCA	25/04/2016

ATENDIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSCRIÇÃO
25/03/2019	2014014251	3681434

CONTACT NO. (CASE)	NE. (WARD)
7019623203	09/2018
DATE OF SIGNATURE	CASE REVIEW DATE (AMOUNT)
03/10/2018	26/10/2018
SIGNATURE (OFFICE)	29.53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,18899499	5,68
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	54,00000000	0,32058215	17,33
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,28
Contrib. Teln. Pública Municipal			2,58
Multa por atraso-RE 026018750 - 27/07/10			0,82
Juros por atraso-RE 026018750 - 27/07/10			0,61
Atualização ICMS RE 026018750 - 27/07/10			0,37

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO - ESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31388	CA2	28-08-2018	18.952,53	26-09-2018	58.945,23	28	1,0000		94,20

[illegible][illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Consumos e tributos pagos (e) cobrados de energia elétrica					
Venda parcelada	Exercício 2002/03	Valor R\$ 00	Venda parcelada	Exercício 2002/03	Valor R\$ 00

Em caso de não pagamento do crédito, a Cartão Verde de Crédito poderá ser cancelado, bem como poderá sofrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com repercussão nacional. Este comunicado não substitui o envio de qualquer notificação bem como não altera o prazo prescrito no documento legal que regula as condições de uso do cartão.

CONCEITO	LÍQUIDO ADJUNTO	LÍQUIDO RESIDUAL	LÍQUIDO TRIBUTÁRIO	LÍQUIDO REALIZADO	TAXA DE VARIAÇÃO (%)	
					2009/2008	2010/2009
DIC	0,00	0,43	10,06	0,78		
FIC	0,00	3,36	6,73	1,45		
CISC	0,00	3,15	0,00	0,00		

CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
731254-223	06/2018	03/10/2018	29,53

83810000000-0 29530011007-2 01952320310-2 12847687703-0



EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438 de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 53060-902
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Ins. Est. 0005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF 266.442-044 91

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
58903-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

DATA CONTRATO 1130139025 VIGÊNCIA 08/2018

DATA DE VENCIMENTO 03/09/2018 DATA DE CANCELAMENTO 12/09/2018

TOTAL A PAGAR 181,32

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE CANCELAMENTO	PERÍODO DE VENCIMENTO
02/09/2018	UNICA	13/09/2018
13/09/2018	2000520115	3880341

DESCRIÇÃO DA RUBRICA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	182,0000000	0,77364272	140,86
Acréscimo Bandeira Verde LHA			13,50
Contribuição Iluminação Pública			8,88
Multa por atraso NF 0236171588 - 12/07/18			2,78
Juros por atraso NF 0236171588 - 12/07/18			0,38
Atualização IGP-M NF 0236171588 - 12/07/18			0,19
Doação APAE - ORGO 722 2723			15,00

TOTAL DA FATURA

181,32

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
180154	CAT	13/09/2018	5 747,00		13/09/2018	5 929,00		32	1,00000		182,00

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

AGO 18	182	
JUL 18	188	
JUN 18	182	
MAY 18	180	
ABR 18	208	
MAR 18	222	
FEV 18	214	
JAN 18	228	
DEZ 17	181	
NOV 17	178	
OUT 17	181	
SET 17	148	
AGO 17	134	

COMPOSIÇÃO DO VALOR

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
154,35	25,00	38,59
154,35	1,28	1,98
154,35	8,28	12,64

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	VALOR	%
Transmissão	R\$ 8,28	4,57%
Distribuição (Celpe)	R\$ 28,40	15,66%
Perdas de Energia	R\$ 8,24	4,54%
Encargos Setoriais	R\$ 7,50	4,14%
Tributos	R\$ 50,31	27,73%
Total	R\$ 104,13	100%

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

PAGAMENTO EM 30 DIAS DE ANTES DO VENCIMENTO. O cliente deve pagar a fatura antes do vencimento para evitar a cobrança de multa por atraso. O cliente deve pagar a fatura antes do vencimento para evitar a cobrança de multa por atraso. O cliente deve pagar a fatura antes do vencimento para evitar a cobrança de multa por atraso.

Handwritten signature: Lourdes Melo Lima

252,06

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 15.088.000-00-000000000-00

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 GEORGE CARLOS MELO LIMA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.4753241 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBSON RODRIGUES ALVES Inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.075.8641 48 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ROBSON RODRIGUES ALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.075.8641 48, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, reside 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.

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Endereço	<u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número	<u>573</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>87.48848-5033</u>	Telefone celular (DDD)	<u>87.4.9998-5477</u>

SERRA TALHADA PE 01 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA,

RG nº _____, data de expedição 1/1/,

Órgão ", portador do CPF nº 072.453.874-7 com

domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de

PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

EMÍDIO NUNES SILVA, nº 80,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ROBSON RODRIGUES ALVES cujo o condutor era

ROBSON RODRIGUES ALVES.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 150

Ano: 2010

Placa: PER.3238

Chassi: 9C2KD0529AR081429

Data do Acidente: 06/07/2018

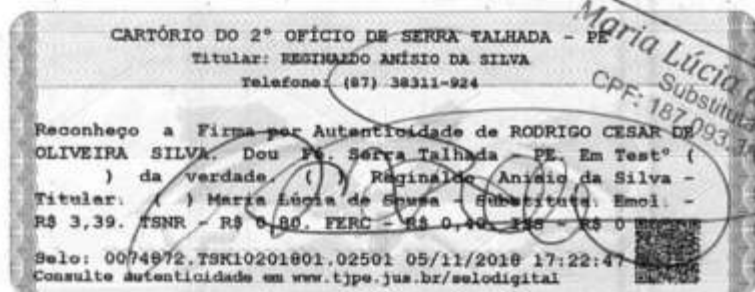
Local e Data: SERRA TALHADA - PE



Rodrigo Cesar de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

Robson Rodrigues Alves

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



BOLETIM DE EMERGÊNCIA					Nº: 93	
Data: 06.07.2018			Hora: 18:25			
Nome: Roberto Rodrigues Oliveira						
Nascimento: 05.03.91			Sexo: m		Estado Civil: casado	
Escolaridade: 2º Grau			Profissão: diretor pedagógico			
Mãe: Maria das Graças Rodrigues Oliveira			Responsável: Jhinger			
Endereço: Rua Amador Timen 46						
Bairro: Coque		Município: D. J. PE		Fone: 9.9610.3159.		
Cartão SUS:			RG/CPF: 8.727.788			
Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena						
PA:		Pulso:		HGT:		Temperatura:
Peso:						
História e Exame Físico: Queda de cabeça. Hematomas no couro cabeludo. Deformidade da cabeça com PE F no nariz e alar.						
Tratamento: - Suel de de PE F - Voltar ao trabalho - Solução de dor no local (E) - Imobilização da cabeça. E						
Hipótese Diagnóstica: Trauma de				Carimbo e Assinatura:  Renato Santos Médico 1332		
Destino do Paciente: Internado Residência Transferido Evasão						
Removido para o hospital:						
Obito às hrs do dia						

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

1618727788

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706800264376125

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO 1º CONTATO

41176

9 - NOME DO PACIENTE

Gibson Rodrigues Alves

10 - DATA DE NASCIMENTO

05/03/1991

11 - SEXO

Masc. ☒ Fm. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mariana das Graças Rodrigues Alves

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

8199699268

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Emílio Nunes Silva 26

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sua Fátima - PE

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fr fril e fril (B)

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do tórax (B)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S82.5

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura do tórax (B)

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408.05049-7

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM: 99915-0117

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/07/18

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Francisco Anselmo Magalhães
CRM: 15.122-10
PRM: 5362

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261810409242-4

47 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletivo.

DATA DA INTERNAÇÃO: 11/07/18



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Atendimento: 11/07/2018

Prontuário: 00041176

Registro: 00085645

Convênio: SUS INTER.NACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data Nascimento: 05/03/1991

Idade: 27 Anos, 4 Meses

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: ARMADORC

Naturalidade:

Nacionalidade:

Pai: EDILSON RODRIGUES ALVES

Mãe: MARIA DAS GRACAS R ALVES

Médico: EMÍDIO NUNES DA SILVA

Nº 45

BOMBA

Cidade: SERRA TALHADA

Estado: PE

Telefone: 99699268

SINAIS DA OCORRÊNCIA

Trânsito []

Acidente de Trabalho []

Outros Acidentes []

Agressão []

Casual []

Outros []

Acompanhante:

Telefone para Contato:

Observação:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Trau no HMM

Exame físico:

R+ el MM

Exame físico final:

Exame de atendimento: Data do Atendimento:

Atendida []

Decisão Médica []

Atendido []

Alta a Pedido []

Transferido []

Transferência []

Tubo+48h []

Evasão []

Tubo+48h []

Indisciplina []

Data do Internamento: 11/07/2018

Data da Alta: 13/07/18

Médico Responsável

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014

Paciente: <i>Int fkt SMC</i>		Nº do Procedimento:	
Início:		Término:	
<i>Chenue</i>	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiista: <i>Edson</i>

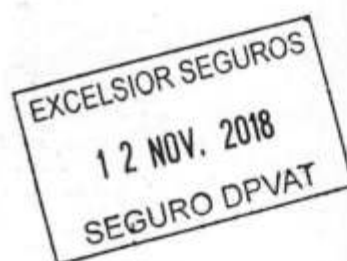
LOCALIZAÇÃO CIRURGICA

Opdr

DAE m

O reduto + funo de fA com 10 ml

profus quere



f

Assinatura do Cirurgião

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014



0410429/18

Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fone: (87) 3831-0018



ROBSON RODRIGUES ALVES

Paciente vítima de acidente, queda de moto em via pública, vindo a sofrer um trauma no pé esquerdo. Após exames de imagem foi constatado uma fratura no maleolo do pé esquerdo. Foi encaminhado ao Hospital São Francisco, onde foi submetido a uma cirurgia com colocação de parafusos na região maleola medial do pé esquerdo.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando como sequela muita dor no local da fratura, dificuldade para o agachamento em 50%, apresentando marcha claudicante.

Apresentando déficit funcional em 60% na função de moto-taxista.

Dr. João Cesar da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM: 10990

Serra Talhada, 19 de Novembro de 2018

Rua Joaquim Godoy, 388 - Centro - CEP: 56.9112-450 - Serra Talhada - PE - Fones: (87) 3831-6694 / 2745 / 2415



UNICLIN

MÉDICOS ASSOCIADOS

Dr. George Alessandro
Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Adauto José
Mourato de Barros
ORTODONTIA - CIRURGIA ORCULOCIRURGIA DENTAL

Dr. Valda Lucia
Moreira Luna
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Josildete Lorana
V. Duque
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Daniele Padilha
Lapa
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr. Joab J. Menezes
CARDIOLOGISTA

Dr. Fernando Monteiro
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes
ULTRASONOGRAFIA

Dr. Johan Cristina
Xavier
ORTOMOLDOLOGISTA

Labomed
LABORATORIO



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/07/2023 09:17:57

Número do documento: 23070709131977300000134083386

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070709131977300000134083386>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 09:13:19

06/07/58

9.9969-9268

9.

03499959-5241

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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

NOME
ROBSON RODRIGUES ALVES

CCD IDENTIDADE / CÓD. EMISSOR / UF
8727788 SDE PE

CPF
094.075.864-48

DATA NASCIMENTO
05/03/1993

RELACAO
EDILSON RODRIGUES
ALVES
MARIA DAS GRACAS
RODRIGUES ALVES

PERMISSAO
PERMISSAO

ACC
2.8

CAT. HAB.
2.8

VALIDADE
12/08/2014

VALIDACAO
12/08/2013

IP REGISTRO
85249760066

VALIDA EM TUDO
O TERRITORIO NACIONAL
757716603

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Robson Rodrigues Alves
Assinatura do Portador

DATA EMISSAO
13/08/2013

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

PROCURADOR DO ESTADO
Lisandro Alves

02915150988
PROCURADOR DO ESTADO

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROCURADOR PLATIFICAR
757716603



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 07/07/2023 09:17:57

Número do documento: 23070709131977300000134083386

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070709131977300000134083386>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2023 09:13:19

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531696

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do acidente: 06/07/2018

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:





DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531696

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do acidente: 06/07/2018

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531696

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do acidente: 06/07/2018

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PÉ ESQUERO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531696

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do acidente: 06/07/2018

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PÉ ESQUERO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Procuração

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Outorgante(s):

Nome: ROBSON RODRIGES ALVES
R.G.: 8727988 SDS-PE C.P.F.: 094.075.864-48
Endereço: EMÍLIO NUNES SILVA N: 46
CEP: 56.906.515 Cidade/UF: SERRA TALHADA-PE

Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 008.475.324-29
Endereço: ANTÔNIO TÔME DE SOUZA - 523
CEP: 56.903.220 Cidade/UF: SERRA TALHADA-PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

ROBSON RODRIGES ALVES
ocorrido na data em 06/10/2018

Local: SERRA TALHADA-PE Data: 05/11/2018

+ Robson Rodrigues Alves
Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 39311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de ROBSON RODRIGES ALVES. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. CPF: 187.093.384-20

- R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074972.DDS10201801.02500 05/11/2018 17:22:47
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410429/18

Número do Sinistro: 3180531696

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

CPF: 094.075.864-48

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: ROBSON RODRIGUES ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 26/11/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410429/18

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

CPF: 094.075.864-48

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: ROBSON RODRIGUES ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ROBSON RODRIGUES ALVES : 094.075.864-48

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 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: 12/11/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GEORGE CARLOS MELO LIMA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

