

 PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE	Protocolo de Envio de Procuração						
Enviado para 1º VARA CIVEL DE ESTÂNCIA							
OAB: 2592##SE Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ Nº do Protocolo: 20190615140700297 Nº do Processo: 201950000533 Data de Envio: 15/06/2019 02:07 PM Tipo de documento: Procuração - Vinculação de advogado ao processo. PROTOCOLO PENDENTE!!!							
<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="323 981 655 1037">Descrição</th><th data-bbox="655 981 1217 1037">Anexo</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="323 1037 655 1104">Petição</td><td data-bbox="655 1037 1217 1104">2606635_CONTESTACAO_01.pdf</td></tr><tr><td data-bbox="323 1104 655 1182">Outros documentos</td><td data-bbox="655 1104 1217 1182">2606635_CONTESTACAO_Anexo_01.pdf</td></tr></tbody></table>		Descrição	Anexo	Petição	2606635_CONTESTACAO_01.pdf	Outros documentos	2606635_CONTESTACAO_Anexo_01.pdf
Descrição	Anexo						
Petição	2606635_CONTESTACAO_01.pdf						
Outros documentos	2606635_CONTESTACAO_Anexo_01.pdf						

imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ESTANCIA/SE

Processo: 201950000533

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WASHINGTON REIS DE SANTANA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **15/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/12/2018**.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora não restou inválida, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Exa., em consulta ao histórico de dossiês administrativos, localizamos lesões indenizadas para o sinistro de 2013, anterior ao narrado na inicial, sinistro 2013651691 – lesão 25% estruturas torácicas. Desta forma, requer a Seguradora Ré, bastante cautela na análise dos documentos juntados pela parte Autora, em razão do acidente anterior ao narrado na inicial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁶

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

⁴“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito sob o nº 2595/SE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ESTANCIA, 10 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentro os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/SE 780-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito na 2592 - OAB/SE, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WASHINGTON REIS DE SANTANA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **ESTANCIA**, nos autos do Processo nº 00024777820198250027.

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190150614

Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WASHINGTON REIS DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190150614

Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WASHINGTON REIS DE SANTANA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

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:

978.430.485-72

Nome completo da vítima:

Washington Reis de Santana

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

Nome completo:

Washington Reis de Santana

Profissão:

Recruza

Endereço:

Rua Belem

Bairro:

Cidade Nova

Cidade:

Estância

Estado:

Sergipe

CPF:

978.430.485-72

Número:

227

Complemento:

Casa

CEP:

49300-000

Tel. (DDD): 3015-1533

(39) 99847-1533

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

8

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 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)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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:

Estância, 15/08/2018

Nome:

Washington Reis de Santana

CPF:

978.430.485-72

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

CONTA CORRENTE



6036
603689 0010 66673 1567

VALID THRU
10/24

WASHINGTON REIS SANTANA
0060 001 00021458-8

MasterCard

débito

17 JAN 2019

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:

978.430.485-72

Nome completo da vítima:

Washington Reis de Santana

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

Nome completo:

Washington Reis de Santana

Profissão:

Recruza

Endereço:

Rua Belem

Bairro:

Cidade Nova

Cidade:

Estância

Estado:

Sergipe

CPF:

978.430.485-72

Número:

227

Complemento:

Casa

CEP:

49300-000

Tel. (DDD): 3015-1533

(39) 99847-1533

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

8

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 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)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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:

Estância, 15/08/2018

Nome:

Washington Reis de Santana

CPF:

978.430.485-72

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

CONTA CORRENTE



6036
603689 0010 66673 1567

VALID THRU
10/24

WASHINGTON REIS SANTANA
0060 001 00021458-8

MasterCard

débito

17 JAN 2019



PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/10484.0-000691

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Endereço: FONE:()

FATO

Data e Hora do Fato: 15/11/2018 - 03:00 até 15/11/2018 - 03:00

Endereço: AV JORNALISTA AUGUSTO GOMES Número: Complemento: CEP: 49200-000

Bairro: CIDADE NOVA Cidade: ESTANCIA - SE Circunscrição: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: WASHINGTON REIS DE SANTANA

Nome do pai: WELLINGTON SILVA DE SANTANA Nome da mãe: ALZIRA ALVES DOS REIS

Pessoa: Física CPF/CGC: 978.410.485-72 RG: 221734197 UF: RJ Órgão expedidor: SSP-RJ

Naturalidade: ESTANCIA Data de nascimento: 11/10/1979 Sexo: Masculino Cor da cútis: Branca

Profissão: SERVIDOR PÚBLICO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA BELÉM Número: 227 Complemento:

CEP: 49.200-000 Bairro: CIDADE NOVA Cidade: ESTANCIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9822-6922

HISTÓRICO

Relata o noticiante que na data em epígrafe estava conduzindo sua motocicleta de marca(HONDA/CBX 250 TWISTER, Chassi nº9C2MC35003R109208, Renavam nº00799416916, placa nºJOW0842, ano 2003, cor verde e de propriedade do noticiante)o qual seguia pela Av. Calazans com destino a sua residência e ao entrar na Av. Jornalista Augusto Gomes na avenida principal do bairro cidade nova, viu 03 cachorros, ao desviar perdeu o controle da motocicleta e acabou colidindo com o poste e caiu no chão;Que não sabe informar quem o ajudou, mais segundo informações pessoas populares chamou o SAMU o qual encaminhou diretamente ao HUSE- Hospital de Urgência de Sergipe;Que o noticiante chegou com dor localizada em ombro direito, constatando fratura de clavícula com rachaduras, além de escoriações em todo o corpo, sendo submetido a fisioterapia a pedido médico, conforme relatório médico;Que o noticiante no momento do acidente portava CNH;Que o noticiante contratou o serviços da Aliança Seguros DPVAT;Que o noticiante deseja o BO para fins do DPVAT.

Data e hora da comunicação: 28/12/2018 às 09:56

Última Alteração: 26/12/2018 às 09:51.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340 - Provoocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

WASHINGTON REIS DE SANTANA
Responsável pela comunicação

Elisângela Santos Silva
Responsável pelo preenchimento

17 JAN 2019



PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/10484.0-000691

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Endereço: FONE:()

FATO

Data e Hora do Fato: 15/11/2018 - 03:00 até 15/11/2018 - 03:00

Endereço: AV JORNALISTA AUGUSTO GOMES Número: Complemento: CEP: 49200-000

Bairro: CIDADE NOVA Cidade: ESTANCIA - SE Circunscrição: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: WASHINGTON REIS DE SANTANA

Nome do pai: WELLINGTON SILVA DE SANTANA Nome da mãe: ALZIRA ALVES DOS REIS

Pessoa: Física CPF/CGC: 978.410.485-72 RG: 221734197 UF: RJ Órgão expedidor: SSP-RJ

Naturalidade: ESTANCIA Data de nascimento: 11/10/1979 Sexo: Masculino Cor da cútis: Branca

Profissão: SERVIDOR PÚBLICO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA BELÉM Número: 227 Complemento:

CEP: 49.200-000 Bairro: CIDADE NOVA Cidade: ESTANCIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9822-6922

HISTÓRICO

Relata o noticiante que na data em epigrafe estava conduzindo sua motocicleta de marca(HONDA/CBX 250 TWISTER, Chassi nº9C2MC35003R109208, Renavam nº00799416916, placa nºJOW0842, ano 2003, cor verde e de propriedade do noticiante)o qual seguia pela Av. calazans com destino a sua residência e ao entrar na Av. Jornalista augusto gomes na avenida principal do bairro cidade nova, viu 03 cachorros, ao desviar perdeu o controle da motocicleta e acabou colidindo com o poste e caiu no chão;Que não sabe informar quem o ajudou, mais segundo informações pessoas populares chamou o SAMU o qual encaminhou diretamente ao HJSE- Hospital de Urgência de Sergipe;Que o noticiante chegou com dor localizada em ombro direito, constatando fratura de clavícula com rachaduras, além de escoriações em todo o corpo, sendo submetido a fisioterapia a pedido médico, conforme relatório médico;Que o noticiante no momento do acidente portava CNH;Que o noticiante contratou o serviços da Aliança Seguros DPVAT;Que o noticiante deseja o BO para fins do DPVAT.

Data e hora da comunicação: 28/12/2018 às 09:56

Última Alteração: 26/12/2018 às 09:51.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340 - Provoocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

WASHINGTON REIS DE SANTANA
Responsável pela comunicação

Elisângela Santos Silva
Responsável pelo preenchimento

17 JAN 2019

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:

978.430.485-72

Nome completo da vítima:

Washington Reis de Santana

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

Nome completo:

Washington Reis de Santana

Profissão:

Recruza

Endereço:

Rua Belem

Bairro:

Cidade Nova

Cidade:

Estância

Estado:

Sergipe

CPF:

978.430.485-72

Número:

227

Complemento:

Casa

CEP:

49300-000

Tel. (DDD): 3015-1533

(39) 99847-1533

E-mail:

X

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 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)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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:

Estância, 15/08/2018

Nome:

Washington Reis de Santana

CPF:

978.430.485-72

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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:

978.430.485-72

Nome completo da vítima:

Washington Reis de Santana

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

Nome completo:

Washington Reis de Santana

Profissão:

Recruza

Endereço:

Rua Belem

Bairro:

Cidade Nova

Cidade:

Estância

Estado:

Sergipe

CPF:

978.430.485-72

Número:

227

Complemento:

Casa

CEP:

49300-000

Tel. (DDD): 3015-1533

(39) 99847-1533

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 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)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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:

Estância, 15/08/2018

Nome:

Washington Reis de Santana

CPF:

978.430.485-72

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

CONTA CORRENTE



6036
603689 0010 66673 1567

VALID THRU
10/24

WASHINGTON REIS SANTANA
0060 001 00021458-8

MasterCard

débito

17 JAN 2019

Ato Declaratório

DATA DO EXAME: 1/1

STATUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1814154

CNS:

DATA: 15/11/2018

SETOR: 06-SUTURA

HORA: 04:12

USUARIO: AAOLIVEIRA

NOME: WASHINGTON REIS DE SANTANA
IDADE: 39 ANOS NASC: 11/10/1979
ENDERECO: RUA BELEM
COMPLEMENTO: 702601212353345 BAIRRO: CIDADE NOVA
MUNICIPIO: ARACAJU UF: SE
NO DE PAI/MAE: WELLINGTON SILVA DE SANTANA / ALZIRA ALVES DOS REIS
RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O PROPRIO
PROCEDENCIA: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM TRAUMA: NAO

DOC...: 221734197

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 227

CEP...: 49000-000

TEL...: 79-99122.875

PA: [] X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Leve ferimento pela SAMU, vítima de queda de moto sem exposta ao lado de. Data primeiros sintomas: 1/11/2018
do lado esquerdo. Não houve perda de consciência. Não houve fraturas ou lesões visíveis. Não houve
do lado direito. Não houve perda de consciência. Não houve fraturas ou lesões visíveis. Não houve
A - Vias aéreas patentes, ausência de hemiparesia. B - Boa resposta verbal. C - paciente estável. FC 98. D - Glasgow 15, pup
E - reações normais. F - reflexos de proteção presentes. G - não há alterações. H - não há alterações. I - não há alterações. J - não há alterações. K - não há alterações. L - não há alterações. M - não há alterações. N - não há alterações. O - não há alterações. P - não há alterações. Q - não há alterações. R - não há alterações. S - não há alterações. T - não há alterações. U - não há alterações. V - não há alterações. W - não há alterações. X - não há alterações. Y - não há alterações. Z - não há alterações.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 Radiografia de clavícula direita + tórax AP
2 Análise da ortopedia

17 JAN 2019

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Ramon R. de Oliveira
Clínica Geral
CRM: 4833

NOSSA ENERGIA
 Rua Capitão Salomão, 314 - Centro Estância/SE
 CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.858/0001-96
 www.sulgipe.com.br

0800-284-9909
WELLINGTON SILVA DE SANTANA
 R. BELEM, 227,
 CIDADE NOVA - Estância/SE - 49.200-000

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA
 UC / DV
 31240 / 1

Metro: 1700243 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
12/2018	36	28/12/2018	9,35

DADOS CADASTRAIS

tarifa: Convencional
 NPJ/CPF: 102.014.835-72
 grupo/Subgrupo: B - B1r Ligação Monofásico
 classe: RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - NIS: 0
 SEE criada pela lei nº 10.438 de 26/04/2002
 análise de Fornecimento (V): 127
 limites adequados de Tensão (V): 117 a 133
 LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
 NEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODUT
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 031240

DADOS DE FATURAMENTO

Emissão	11/12/2018
Mês/Ano Faturamento	12/2018
Leitura atual	(11/12/2018) 2880
Leitura anterior	(12/11/2018) 2844
Próxima leitura	14/01/2019
Consumo Medido (kWh)	36
Consumo Diário (kWh)	1,24
Dias de Consumo	29
Ocorrência do Mês	Lido
Média kWh últimos 12 meses	148

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série	05 008 4104 001502 11 00 845 908 / B
Local de Entrega	1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs	Pagamento	Valor R\$
12/2018	36	Lido	Em aberto	9,35
11/2018	105	Lido	Em aberto	69,94
10/2018	70	Lido	20/10/18	
09/2018	474	Lido	30/10/18	

17 JAN 2019

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON REIS DE SANTANA
DATA DA ENTRADA: 15/11/2018
DATA DA SAÍDA: 16/11/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, ressusitado e
localizada no ombro direito constatando
fratura de clavícula pelo exame radiográfico;
Saída da HUSE dia 16/11/2018 e confirmada
pelo registro geral e oficial de informações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não consta procedimento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame radiográfico de clavícula direita e torax

17 JAN 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgião geral - DR. Ramon de Oliveira - CRM 4933

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 06 de DEZEMBRO de 2018

Dr. Cícero Bravo de Oliveira
CRM 940

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

4-1

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA: 15/11/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 04:12 USUARIO: AAOLIVEIRA

DOC...: 22173419

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 227

CEP...: 49000-000

/ALZIRA ALVES DOS REIS

TEL...: 79-99122

875

TRAUMA: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PULSO: []

TEMP.: [] PESO: []

[] RATIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] ECG

☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/1981

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Q Radiografia de clavícula direita + 1 max AP

3. Análise da origem

17 JAN 2019

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

() DESISTENCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS

☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Ramon R. de Guevara
Cirujano General
CRMSE 4833

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON REIS DE SANTANA
DATA DA ENTRADA: 15/11/2018
DATA DA SAÍDA: 16/11/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, referindo dor localizada no ombro direito constatando fratura de clavícula pelo exame radiográfico. Saiu do HUSE dia 16/11/2018 confirmado pelo registro geral e oficial de informações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não consta procedimento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame radiográfico de clavícula direita e torax

17 JAN 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgião geral - Dr. Ramon de Oliveira - CRM 4933

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 06 de DEZEMBRO de 2018

Dr. Ciede Bravo de Oliveira
CRM 948

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Washington Reis de
Gentim

Fratura de Clavícula
de H. esquerda. Alta
da Ortopedia

Dr. Denis Capral Duarte
CRM - 4163 - FOT 12253
Ortopedia e Traumatologia

DATA 17.07.19

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON REIS DE SANTANA
DATA DA ENTRADA: 15/11/2018
DATA DA SAÍDA: 16/11/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, ressusitado e
localizada no ombro direito constatando
fratura de clavícula pelo exame radiográfico;
Saída da HUSE dia 16/11/2018 e confirmada
pelo registro geral e oficial de informações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não consta procedimento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame radiográfico de clavícula direita e torax

17 JAN 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgião geral - Dr. Ramon de Oliveira - CRM 4933

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 06 de DEZEMBRO de 2018

R. de Oliveira
Dr. Cícero Bravo de Oliveira
CRM 940

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

DATA DO EXAME: 15/11/2018

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1814154
CNS:

DATA: 15/11/2018 HORA: 04:12 USUARIO: AAOLIVEIRA
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME: WASHINGTON REIS DE SANTANA
IDADE: 39 ANOS NASC: 11/10/1979
ENDERECO: RUA BELEM
COMPLEMENTO: 702601212353345 BAIRRO: CIDADE NOVA
MUNICIPIO: ARACAJU UF: SE CEP: 49000-000
NOME PAI/MAE: WELLINGTON SILVA DE SANTANA /ALZIRA ALVES DOS REIS
RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O PROPRIO
PROCEDENCIA: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM TRAUMA: NAO

PA: [X] mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: *Acidente por queda de moto, vítima de trauma de cabeça, com lesões no tórax e abdômen. Trauma por queda de moto, vítima de trauma de cabeça, com lesões no tórax e abdômen. Trauma por queda de moto, vítima de trauma de cabeça, com lesões no tórax e abdômen.*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *2hs após o acidente*
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1. Radiografia de clavícula direita + tórax AP
2. Avaliação da ortopedia*
[Assinatura]

17 JAN 2019

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*15/11/18
05:15*

[Assinatura]
Dr. Ramon R. de Oliveira
Cirurgia Geral
CRM 4033

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON REIS DE SANTANA
DATA DA ENTRADA: 15/11/2018
DATA DA SAÍDA: 16/11/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, referindo dor localizada no ombro direito constatando fratura de clavícula pelo exame radiográfico. Saiu do HUSE dia 16/11/2018 confirmado pelo registro geral e oficial de informações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não consta procedimento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame radiográfico de clavícula direita e torax

17 JAN 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgião geral - Dr. Ramon de Oliveira - CRM 4933

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 06 de DEZEMBRO de 2018

Dr. Ciede Bravo de Oliveira
CRM 948

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

WASHINGTON REIS DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / F
221734197 SESP RJ

CPF 978.410.485-72 DATA NASCIMENTO 11/10/1979

FLUACAO

WELLINGTON SILVA DE
SANTANA

ALZIRA ALVES DOS REIS



PERMISSAO

ACC

CATUB

A

IF REGISTRO

05283118961

VALIDADE

07/03/2021

1ª HABILITACAO

18/08/2011

OBSERVAÇÕES

A:

Washington Reis de Santana

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSAO

01/04/2016

Edgard Sineão da Mota Neto
DIRETOR - PRESIDENTE

31661901170
SE017881382

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-SE (SERGIPE)

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1240380159

PROIBIDO PLASTIFICAR
1240380159

17 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

WASHINGTON REIS DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / F
221734197 SESP RJ

CPF 978.410.485-72 DATA NASCIMENTO 11/10/1979

FLUACAO

WELLINGTON SILVA DE
SANTANA

ALZIRA ALVES DOS REIS



PERMISSAO

ACC

CATUB

A

IF REGISTRO

05283118961

VALIDADE

07/03/2021

1ª HABILITACAO

18/08/2011

OBSERVAÇÕES

A:

Washington Reis de Santana

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSAO

01/04/2016

Edgard Sineão da Mota Neto
DIRETOR - PRESIDENTE

31661901170
SE017881382

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-SE (SERGIPE)

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1240380159

PROIBIDO PLASTIFICAR
1240380159

17 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE 000000271197 Nº 013638252778
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 00799416316 00000000000 2018

NOME

WASHINGTON REIS DE SANTANA

CNPJ

978.410.405-72

PLACA

JOW02.42

CHASSI

X22MC35303R133203

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CEX 250 MASTER

CAP / POT / CIL

250CV/12.4/312

CATEGORIA

PARTIC

COTA ÚNICA

1

VENC. COTA ÚNICA

1

FAIXA LPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

10F (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

10F (R\$)

SEGURO PASO REF. AO EXERCÍCIO 2018

DATA DE PAGAMENTO

2018

SEM RESTRIÇÕES

LOCAL

ESTANCIA-SE

Marcelo Sampaio Kuhn

DIRETOR PRESIDENTE

DATA

15/01/2018

17 JAN 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190150614 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190150614 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061255/19

Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF: 978.410.485-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WASHINGTON REIS DE SANTANA : 978.410.485-72

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: 19/02/2019
Nome: WASHINGTON REIS DE SANTANA
CPF: 978.410.485-72

WASHINGTON REIS DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022168/19

Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF: 978.410.485-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WASHINGTON REIS DE SANTANA : 978.410.485-72

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: 18/01/2019
Nome: WASHINGTON REIS DE SANTANA
CPF: 978.410.485-72

WASHINGTON REIS DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA