



Número: **0040196-14.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR (AUTOR)	GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60243414	03/04/2020 13:29	2639012_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 26ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00401961420198172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

DA AUSENCIA DE COMPROVAÇÃO DE AGRAVAMENTO DA LESÃO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no quadril esquerdo com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$843,75:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523097 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
 ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR PEDRO MARQUES CRM 8594 DATADO EM 05/11/2018.

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

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no quadril esquerdo com repercussão intensa (75%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no membro quadril esquerdo com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão intensa (75%), uma diferença de gradual de 50%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 2 de abril de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0040196-14.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60243415	03/04/2020 13:29	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523097

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

Data do acidente: 07/02/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR PEDRO MARQUES CRM 8594 DATADO EM 05/11/2018.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/04/2020 13:29:03



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 000000025992-4

Nr. da Autenticação 4C05E35BA813DD9F



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180523097**

Vítima: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Data do Acidente: **07/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180523097**.

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 13568341

Pag. 00753/00754 - carta_01 - INVALIDEZ

00020377



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Sinistro: **3180523097**
Vítima: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**
Data do Acidente: **07/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

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 **3180523097** 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: 00441/00442 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13590564





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

297.909.644-04

Nome completo da vítima

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR			CPF titular da conta	297.909.644-04	Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA AGDA			Número	10	Complemento	
Bairro	JORDAO			Cidade	RECIFE	Estado	PERNAMBUCO
Email				CEP	51260-160	Telefone (DDD)	81 98336 1306
							81 3126 1167

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0047 D/V		BANCO Nome	
CONTA NRO. 00025992 D/V 4		AGÊNCIA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. R. A. S. 715 Ld 25
Recife PE CEP 52011-040

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife 10 de Outubro de 2018

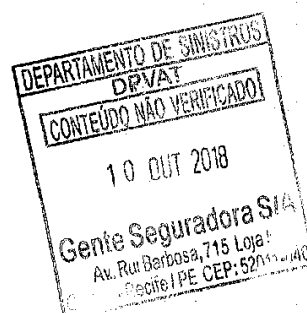
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





478457
0372142/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0106000665**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/02/2018** às **18:28****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **7/2/2018** às **17:15**

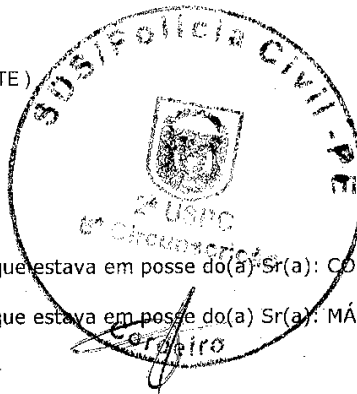
Fato ocorrido no endereço: **RUA DR. JOÃO COIMBRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
BAIRRO DE MADALENA (BAIRRO), 1 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO (AUTOR AGENTE)
PAULO HENRIQUE SUGAHARA (NOTICIANTE)
THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA (OUTRO)
MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR

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

PAULO HENRIQUE SUGAHARA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUIZA MARIA DE MOURA SUGAHARA Pai: WALTER DE ARAUJO SUGAHARA Data de Nascimento: 5/12/1985 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7023785/SDS/PE (RG), 05707698418 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: VIGILANTE Residencial: AV. GONÇALVES DIAS Nº 1915 JARDIM JORDÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DOS ANJOS SANTOS OLIVEIRA Pai: MÁRIO DIAS DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 5/9/1962 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2677006/SDS/PE (RG), 29790964404 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Residencial: RUA SANTA AGDA Nº 10 JORDÃO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: RUA DO CIMITÉRIO Nº 28, CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO (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): **MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ1709** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005**
Descrição: **CG 150 TITAN ES**

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEY4491** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**
Descrição: **VIVACE**

Complemento / Observação

RELATA O NOTICIANTE QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO, SR. MARIO O QUAL CONDUZIA A MOTOCICLETA TAMBÉM JÁ CITADA, UM ANIMAL ATRAVESSOU NA SUA FRENTE E ELE PRECISOU FREIAR BRUSCAMENTE, MOMENTO EM QUE O VEÍCULO ACIMA DESCRITO E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO COLIDIU EM SUA TRASEIRA JOGANDO-O FORTEMENTE AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA A UPA DA CAXANGÁ. CASO AFETO A DP DO CORDEIRO.

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


PAULO HENRIQUE SUGAHARA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SILVANO PEREIRA SOARES** - Matrícula: **3848639**



01/02/2019 09:26



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF da Vítima

899.909.644-04

Data do Acidente

07-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

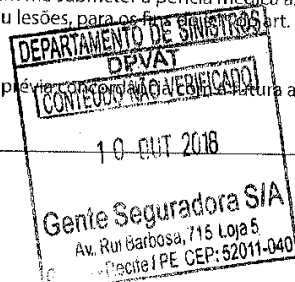
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

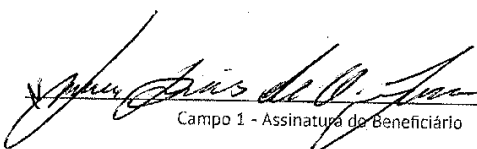
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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



Recife, 10 de Outubro de 2018

Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

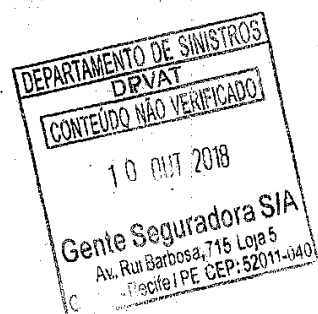
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 102.04.2018
EM: 26.04.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **2677006** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **297.909.644-04**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-436694**, que no dia 07 de fevereiro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 17h50, na Rua João Coimbra, por trás do Mercado da Madalena, Madalena, Recife/PE e, em seguida, direcionado a UPA Caxangá, Recife, 26 de abril de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





Nº da Conta: 0329407835
Mês de referência: 07/2018
Período: 21/06/2018 a 20/07/2018
Data de emissão: 23/07/2018

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 837
CEP 51.011-051 - Recife - PE
I.E.: 029494400
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0008-39

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
R AGDA, 10
JORDAO
51260-160 RECIFE - PE

Vencimento
06/08/2018

Total a Pagar - R\$
71,48

Seus Números Vivo
81-98298-7533

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aguarde informações referentes ao Vivo
Valoriza

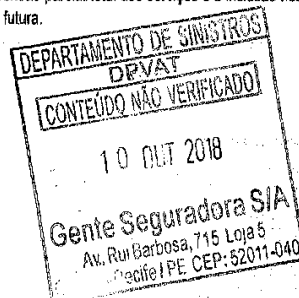
O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVOCONTROLEDIGITAL + 4GBILIM	1	1	68,99	-	-	68,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL III	-	-	0,00	-	-	-
Subtotal						68,99
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros						1,49
Subtotal						1,49
TOTAL A PAGAR						71,48

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

CPF: 633.249.034-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-104
COND EDPR SIGMA TRADE CENTER

ILHA DO LEITE/RECIFE
50070-490 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

02/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

25/09/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

032336288

CONTA CONTRATO

002525983016

Nº DO CLIENTE

2001355309

Nº DA INSTALAÇÃO

0002995198

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

CDDDB.F9B2.BAFB.9C55.E7E7.0582.B3E5.64C2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	226,00	0,75282909	170,13
Acréscimo Bandeira VERMELHA			16,31
Contrib. Ilum. Pública Municipal			29,52
ICMS Subvenção-CDE-NF 021049923-19/06/18			1,65
ICMS Subvenção-CDE-NF 024799145-19/07/18			1,64
TOTAL DA FATURA			219,25

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
186,44	25,00	46,61	186,44	1,03	1,92	186,44	4,69	8,74

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156909

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
SET 15		226
AGO 16		235
JUL 16		243
JUN 16		256
MAI 16		228
ABR 16		154
MAR 16		211
FEV 16		159
JAN 16		163
DEZ 17		290
NOV 17		177
OUT 17		168
SET 17		182

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	64,01	34,33
Transmissão	7,80	4,18
Distribuição (Cotpa)	36,50	19,58
Encargos Materiais	9,38	5,04
Tributos	57,27	30,72
TOTAL	186,44	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	CONSUMO
MC61974	CAT	20/08/2018	50.341,00	18/09/2018	50.567,00	29	1,0000	0,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/10/2018]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC - Não horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	9,43	18,86
FIC - Vozes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC - Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,60	8,00	9,00
DICRI - Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD - Valor do Encargo de Uso					R\$ 62,22

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios forum ruy barbosa: avenida advogado jose paulo cavalcanti ilha joana bezerra / unilar: avenida lins patit boa vista.Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	09/2018	0,00	02/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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**.

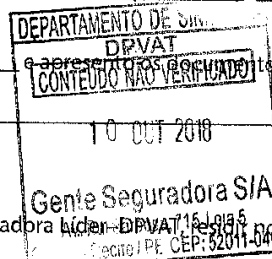
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Giselle Valença de Medeiros inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Dias de Oliveira Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 297.909.644 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Manoel Dias de Oliveira Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 297.909.644 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os seguintes documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Francisco Alves</u>		Número <u>105</u>	Complemento <u>104</u>
Bairro <u>Alta do Leito</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50070-490</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Recife, 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Giselle Valença de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07/02/2018

Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

Genie Seguros
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

Lesão ligamentar

Paciente MARIO DINS DE OLIVEIRA JR, natural de acaia
de trânsito em 07/02/2018 segundo BO de nº 18ED106000665

Lesão Fratura do Rumo 18 dias após a lesão foi
tratado cirurgicamente com alfinetes + anel.
com + fisioterapia

O mesmo evolui com sequelas de lesão
ligamentar

superfície a deambulação ativa
e mantém os movimentos de ADUÇÃO + ABDUÇÃO
do quadril

em art. espinais fortes
CID 10 S32.5 Alta Ambulatorial Definitiva

Dr. PEDRO MARQUES
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8581
F. 172.976.334-04

05/11/18

Data do Atendimento:

07/02/2018

Hora: 18:26:36

No. Atendimento:

1126849

Setor / Serviço:

CONSULTORIO MEDICO

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 425215

Colaborador: LILIANEAOD

Nome:

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

Data de Nascimento:

05/09/1962

Idade: 55 Anos, 5 Meses e 2 Dias

C.I.:

Sexo: Masculino

País ou responsáveis:

MARIA DOS ANJOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço: RUA DOUTOR JOAO COIMBRA, ENDERECO DA OCORRENCIA SM FONE - MADALENA

Cidade: RECIFE

Tel.:

Hora do Atendimento:

/ Hs

Peso: Kg

Temperatura:

QPD / HDA:

vítima de atropelamento há ± 3 horas
referindo dores no quadrul (E) que piora ao
tentar deambular

EXAME FÍSICO:

dor à palpação do quadrul

DIAGNÓSTICO:

Fratura do ramo esquerdo (E)
DM descompensadaUPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA CAXANGA

RAIO X

TIPO:

Bacia AP

HORA:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

RX da Bacia AP.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
C. DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 OUT 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife/PE CEP: 52011-040

VOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

1) Insulina Regular 12UI - SC
co. fratura de tratamento conservador

2) Ao Ambulatório

3) Dipirona 0,5 g + 40. EV.

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Obito () Outro: Ortopedia

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

GT -> 220 mg/dl -> 09.00

180 x 50 -> 4.00

Raciel Soares
Ortopedia e Traumatologia

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 07/02/2018 18:16

Nome Paciente: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/09/1962
Sexo: Masculino
Idade: 55
Senha: OR0060
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/02/2018 18:22 - 07/02/2018 18:24

AMANDA DE ARAUJO RANGEL - COREN: 301777 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO SAMU RECIFE, OCORRENCIA Nº 436694, BÁSICA 05, PACIENTE APRESENTANDO DOR EM MIE APÓS ACIDENTE DE MOTO.

Observação:

**NEGA HAS

**REFERE DM

(HGT 330 MG/DL)

246 mg/dL 23:45h

** NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

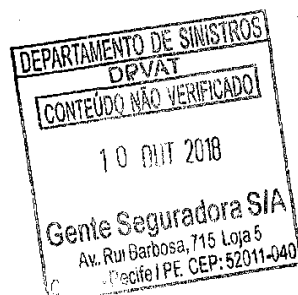
Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG

- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG



Acolhido(a) por: AMANDA DE ARAUJO RANGEL - COREN: 301777 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)


Data Impressão: 07/02/2018 18:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



$cn \Rightarrow$ \int Alt de cn
 $\frac{1}{2} \ln \frac{1+x}{1-x}$
 $\frac{1}{2} \ln \frac{1+x}{1-x}$






**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS**

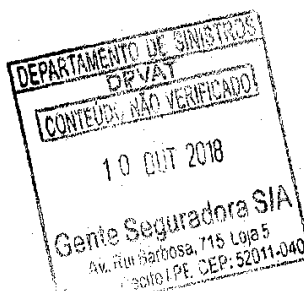
**NOME: MÁRIO DIAS
DATA: 27/04/2018
RX: 835**

RADIOGRAFIAS

COLUNA VERTEBRAL

Redução da densidade óssea.
Osteófitos marginais.
Pinçamentos de espaços discais.
Tênue calcificação ateromatosa da aorta abdominal.
Não se verifica imagem de listese ao método de imagem.


**Dra. Meire Farias
Radiologista HGA
CRM 10331 MAT 232586-1**



**Av. Recife, nº 801 – Areias – Recife/PE – CEP: 50.870-901
Telefones : (81) 3182-3000 / 3182-3014
e-mail: hga@saude.pe.gov.br**





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

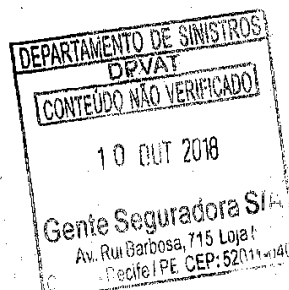
HOSPITAL GERAL DE AREIAS

MÉDICINA FÍSICA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr.(a) Mário Dias de Alencar
Junior
RG. nº 2677006 expedido pela - SSP PE
portador (a) de pr-fratura do fêmur 'E' Não encontra -
se em tratamento
fisioterápico no Setor de Medicina Física do Hospital Geral de Areias.

quem realizou o tratamento
fisioterápico no período
de 25/04/18 a
03/08/18 em
realizou Termoterapia + Amalgama + melonoterapia + Exercício p/ o
quadra 'E' e 'F'
Fisioterapeuta - CREFITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2677006 SSP PE

CNPJ
397.909.644-04

DATA NASCIMENTO
05/09/1962

FILIAÇÃO
MARIO DIAS DE OLIVEIRA
MARIA DOS ANJOS
SANTOS OLIVEIRA

PERMISSÃO
AD

ACC
AD

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02040064990

VALIDADE
18/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
10/07/1981

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO
15/12/2016

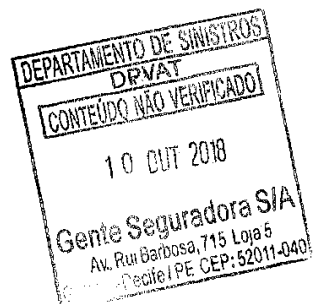
ASSINATURA DO EMISOR

57681167870
PE075416824

OLIVIANA - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1416685216

PROIBIDO PLASTIFICAR
1416685216



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE LICENCIAMENTO

NOME: GISELE VALENÇA DE MENEZES

DOC. IDENTIDADE (RG) PRESENTE (F): 2574273 SSP PE

CNPJ: 033.249.034-91 DATA NASCIMENTO: 20/10/1966

TIPO: BOLON DE MENEZES

FILHO: MIRIAM VALENÇA DE MENEZES

PERMISSÃO: ☒ N

VALOR: 32041014101 22/12/2016 12/11/1985

Observações:
 FOR observações

Assinatura: *Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior*

LOCAL: RECIFE - PE

Assinatura: *Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior*

18562871121
 PE043470230

473953700

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DRVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 OUT 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Recife/PE CEP: 52011-040



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 013223928234	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	839331690	*****	2017
NOME			
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR			
RECIFE-PE			
C.R.F./CNPJ		PLACA	
297.909.644-04		RJZ1709	
PLACA ANT. UF		CHASSI	
*****/PE		902R00B505R010774	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PÁS /MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES		2004	2005
CAP./POT./CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2E/149CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
IPVA 2017 QUITADO	1° *****	2° *****	
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	3° *****	
1	*****		
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA			
ANO VÁLIDA PARA TRANSFERÊNCIA			
RECIFE	DATA		
	09/04/17		
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523097

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

Data do acidente: 07/02/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR PEDRO MARQUES CRM 8594 DATADO EM 05/11/2018.

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



PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: MOTORISTA,
RG nº 2.677.006 SSP/PE, CPF/MF nº 297.909.644-04, com
endereço residencial na RUA SANTA AGDA, Nº 30 JORDAO
RECIFE PE CEP 53260-160

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2574273 SSP/PE,
CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105,
sala 104, Ilha do Leite, Recife – PE.

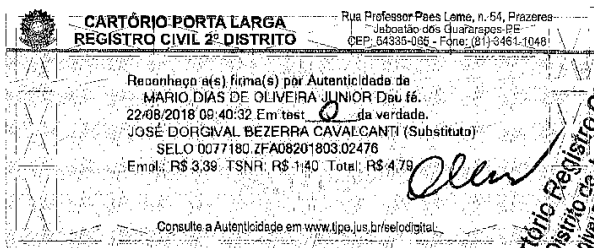
PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT.

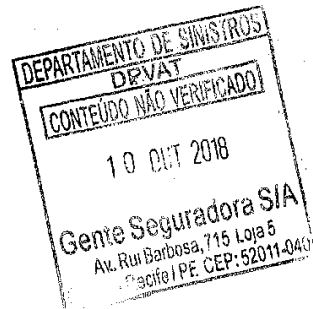
22 de agosto de 2018.



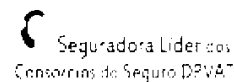
[Assinatura]
outorgante



Cartório Registro Civil
2º Distrito de Recife
José Dorgival Bezerra Cavalcanti
SUBSTITUTO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404246/18

Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 297.909.644-04

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

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

GISSELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR : 297.909.644-04

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: 07/11/2018
Nome: GISSELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GISSELLE VALENCA DE MEDEIROS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

