



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201986001588	Distribuição: 14/10/2019
Número Único: 0001594-35.2019.8.25.0059	Competência: Poço Redondo
Classe: Procedimento Comum	Fase: RECURSO
Situação: Julgado	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: ERMINIO MARTINS DA SILVA
Endereço: POVOADO LAGOA DO RIACHO
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000
Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 889/A/SE
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205
Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201986001588

DATA:

21/06/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Apelação realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ - 2592}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE POCO REDONDO/SE

Processo n. 00015943520198250059

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERMINIO MARTINS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POCO REDONDO, 11 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

PROCESSO ORIGINÁRIO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE POÇO REDONDO / SE

Processo n.º 00015943520198250059

APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

APELADA: ERMINIO MARTINS DA SILVA

RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 19/06/2019.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

Isto posto, ante as razões expendidas, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE** o pedido e **CONDENO** a seguradora demandada ao pagamento, em favor da parte autora, da importância de **R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais)**, corrigida monetariamente pelo INPC, a partir do ajuizamento da ação, acrescidos de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês desde a data da citação.

Condene a parte requerida, ainda, ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, os quais arbitro, por apreciação equitativa, em 10% (dez por cento) do valor da condenação.

Data vênica, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

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.

Por amor ao debate a Apelante traz à baila, em uma simples consulta em seus arquivos que a parte Apelada, já percebeu a indenização do seguro DPVAT em face de outro sinistro ocorrido em 20/08/2016, já tendo recebido da Seguradora administrativamente a quantia de **R\$ 1.350,00 referentes a estrutura torácica.**

Sinistro ocorrido em 20/08/2016 – regulação administrativa nº 3170611865 – pagamento no valor de 1350,00 – referente à lesão no torax.

Sinistro ocorrido em 19/06/2019 – **não houve pagamento administrativo do sinistro em comento em razão do sinistro discutido nestes autos, foi apurado o percentual informado, mas não houve o depósito visto que o autor já havia sido indenizado pela mesma invalidez por sinistro anterior, ocorrido em 20/08/2016.**

Observações: @ P.1(RELATÓRIO) P.3,5(BAM) VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3170611865) COM OUTRA DATA DE ACIDENTE (20/08/2016): LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS EM 10% PELA PERÍCIA (29/12/2017). / SINISTRO ANTERIOR (3190456585) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (09/08/2019). / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Abaixo, laudo administrativo relativo ao sinistro anterior:

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ERMINIO MARTINS DA SILVA** Sinistro: **3170611865** Data: **20/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **POVLOGOADORIACHO,SN,ASSANAPATRICIA-ZONARURAL-PoçoRedondo-SE-CEP49810-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP/SE**] **666.575**

Data local do exame: [**29/12/2017**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA . AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX ASSIMÉTRICO PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA 6ª E 7ª COSTELA A DIREITA, DOR TORÁCICA EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, COMPRESSÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA E RESPIRAÇÃO EM VIRTUDE DA DOR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(")), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V("))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR A DIREITA.

A conclusão foi:

Região Corporal (Sequela):
Estruturastorácicas

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Assim, a presente demanda trata-se indenização securitária em decorrência de lesão preteritamente afetada, ou seja, o Apelado não pode pleitear verba indenizatória de membro com deformidade permanente preexistente!

Assim, é de grande importância este Egrégio Tribunal atentar-se que a parte Apelada já realizou pleito administrativo indenizatório DPVAT em virtude de invalidez permanente decorrente de acidente pretérito.

Não obstante a Apelada traz a colação jurisprudência pátria em caso análogo, como segue:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT. NEXO CAUSAL. NÃO COMPROVAÇÃO. LAUDOS DO IML E DO JUÍZO QUE APONTAM QUE A –LESÃO INCAPACITANTE É ANTERIOR AO ACIDENTE. RECURSO IMPROVIDO. Para que se configure o direito à verba indenizatória do Seguro DPVAT, faz-se necessário que o evento morte ou invalidez haja sido consequência do acidente automobilístico. Ao autor incumbe a comprovação (art. 333, I, CPC) do nexo de causalidade entre a invalidez apresentada e o acidente relatado. Embora não esteja o Juiz adstrito às conclusões do laudo pericial (art. 436 do CPC), deve este ser prestigiado quando inexistente nos autos elementos ou provas capazes de infirmar as assertivas nele lançadas. Concluindo a perícia que a invalidez apresentada é preexistente ao acidente e que restou ausente prova do seu agravamento, a improcedência do pedido se impõe. **RECURSO IMPROVIDO.**

(TJ-BA - APL: 00801731320118050001 BA 0080173-13.2011.8.05.0001, Relator: Maria do Socorro Barreto Santiago, Data de Julgamento: 18/02/2014, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 19/02/2014)

Diante dos fatos aduzidos, resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênia, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Apelante opõe o presente Recurso, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.

Equivoca-se a parte Autoral quando tenta fazer crer que faz *jus* ao recebimento a nova indenização em grau total, sem atentar-se que já recebeu conforme a Lei 11.945/2009 em que nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber 2 (DUAS) VEZES este valor alegando novo sinistro e nova lesão.

Portanto, não há qualquer valor a ser indenizado ao Apelado em relação ao sinistro noticiado nos autos, pois, se assim fizéssemos ESTAREMOS PAGANDO 2(DUAS) VEZES PARA UM SINISTRO DE INVALIDEZ, A PARTE APELADA MAIS DO QUE A LEI PREVÊ PARA PAGAMENTO POR MORTE POR EXEMPLO, para corroborar com o alegado.

Desta forma, requer a Apelante que seja a referida SENTENÇA REFORMADA *IN TOTUM*, a fim de que sejam julgados Improcedentes os pedidos da Apelada.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “*a quo*”, dando provimento ao presente recurso, para:

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POCO REDONDO, 11 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-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 nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**, inscrito na **2592 - OAB/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 **ERMINIO MARTINS DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **POCO REDONDO**, nos autos do Processo nº 00015943520198250059.

Rio de Janeiro, 11 de junho de 2021.



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

		047-7		04793.42446 00158.210427 49654.047882 1 86740000024534		RECIBO DO PAGADOR	
Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				Vencimento 07/07/2021			
Beneficiário: Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe CNPJ: 13.166.970/0001-03 END.: Praça Fausto Cardoso,112,Centro,Aracaju/SE, CEP: 49010080				Agência / Cod. Beneficiário 34/244001582			
Data do documento 17/06/2021	No. do documento 10424965	Espécie doc. 99	Aceite S	Data Processamento 17/06/2021	Nosso Número 104249654		
Uso do Banco	Carteira CS	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 245,34		
Preparo - Recurso 2º. Cível		Número de Requerentes: 1		Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00			
Nº da Guia: 202113101104		Taxa de Preparo: R\$ 194.33		Tx. Remessa e Retorno dos Autos: R\$ 0.00			
Num. Processo: 201986001588		Taxa de Distribuição: R\$ 21.86		Valor da(s) Diligência(s): R\$ 29.15			
PAGADOR: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGUROPF/CNPJ: 09248608000104						Autenticação Mecânica	
RUA SENADOR DANTAS, 74, 5º ANDAR, 74, CENTRO, 20031205, RIO DE JANEIRO, RJ							

Via - Parte

		047-7		04793.42446 00158.210427 49654.047882 1 86740000024534		RECIBO DO BENEFICIÁRIO	
Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				Vencimento 07/07/2021			
Beneficiário: Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe CNPJ: 13.166.970/0001-03 END.: Praça Fausto Cardoso,112,Centro,Aracaju/SE, CEP: 49010080				Agência / Cod. Beneficiário 34/244001582			
Data do documento 17/06/2021	No. do documento 10424965	Espécie doc. 99	Aceite S	Data Processamento 17/06/2021	Nosso Número 104249654		
Uso do Banco	Carteira CS	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 245,34		
Preparo - Recurso 2º. Cível		Número de Requerentes: 1		Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00			
Nº da Guia: 202113101104		Taxa de Preparo: R\$ 194.33		Tx. Remessa e Retorno dos Autos: R\$ 0.00			
Num. Processo: 201986001588		Taxa de Distribuição: R\$ 21.86		Valor da(s) Diligência(s): R\$ 29.15			
PAGADOR: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGUROPF/CNPJ: 09248608000104						Autenticação Mecânica	
RUA SENADOR DANTAS, 74, 5º ANDAR, 74, CENTRO, 20031205, RIO DE JANEIRO, RJ							

Via - Cartório

		047-7		04793.42446 00158.210427 49654.047882 1 86740000024534			
Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				Vencimento 07/07/2021			
Beneficiário: Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe CNPJ: 13.166.970/0001-03 END.: Praça Fausto Cardoso,112,Centro,Aracaju/SE, CEP: 49010080				Agência / Cod. Beneficiário 34/244001582			
Data do documento 17/06/2021	No. do documento 10424965	Espécie doc. 99	Aceite S	Data Processamento 17/06/2021	Nosso Número 104249654		
Uso do Banco	Carteira CS	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 245,34		
Instruções:							
Preparo - Recurso 2º. Cível		Taxa de Distribuição: R\$ 21.86		(-) Desconto/ Abatimento			
Nº da Guia: 202113101104		Valor Litisconsórcio: R\$ 0.00		(-) Outras Deduções			
Num. Processo: 201986001588		Tx. Remessa e Retorno dos Autos: R\$ 0.00		(+) Mora/ Multa			
Número de Requerentes: 1		Valor da(s) Diligência(s): R\$ 29.15		(+) Outros Acréscimos			
Taxa de Preparo: R\$ 194.33							
Não Receber após o vencimento				(=) Valor Cobrado			
PAGADOR: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGUROPF/CNPJ: 09248608000104						Autenticação Mecânica	
RUA SENADOR DANTAS, 74, 5º ANDAR, 74, CENTRO, 20031205, RIO DE JANEIRO, RJ							

Via - Banco



18/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:28:53
125101251 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: J BARBOSA ADVOGADOS ASS
AGENCIA: 1251-3 CONTA: 31.969-4
=====

BANCO DO ESTADO DE SERGIPE S.A

04793424460015821042749654047882186740000024534

BENEFICIARIO:

SERGIPE JUSTICA ESTADUAL DE SEGUNDA

NOME FANTASIA:

TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DE SE

CNPJ: 13.166.970/0001-03

BENEFICIARIO FINAL:

Tribunal de JustiCa do Estado de Se

CNPJ: 13.166.970/0001-03

PAGADOR:

SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SE

CNPJ: 09.248.608/0001-04

NR. DOCUMENTO 61.802

DATA DE VENCIMENTO 07/07/2021

DATA DO PAGAMENTO 18/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 245,34

VALOR COBRADO 245,34

=====

NR.AUTENTICACAO F.2CA.AEE.DC4.568.BC0

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170611865**

Vitima: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Data do Acidente: **20/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170611865**.

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 11992981



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Sinistro: **3170611865**

Vítima: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Data do Acidente: **20/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

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 3170611865** 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



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Sinistro: **3170611865**

Vítima: **ERMINIO MARTINS DA SILVA**

Data do Acidente: **20/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

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 3170611865** 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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12234513

A/C: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170611865
Vítima: ERMINIO MARTINS DA SILVA
Data do Acidente: 20/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 047

Agência: 000000023

Conta: 000001014113-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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 100%
Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

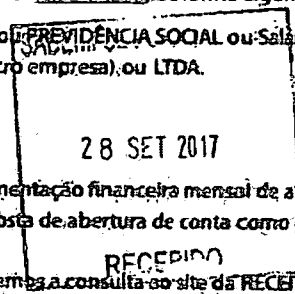
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT; nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Erasmio Martins da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 666.575 EXPEDIDO POR SSP/SC EM 16/11/2009
CPF 206083085-75 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO carreador
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Erasmio Martins da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa), ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como, o CPF cadastrado no SISPVPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 047 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 003 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01014113-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Blório 22 de Setembro de 2017 LOCAL E DATA
Erasmio Martins da Silva ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SABEMI SEWANG
28 SET 2017
RECEIVED



SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME

DISQUE DENÚNCIA
181

Boletim de Ocorrência 2016/PF-3.9-000472 - Alterado

12. Cada-a. Sendo assim, solicita que venha a constar no

p. 18



0004

Documentos de Identificação

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Simone Moutinho da Silva, portadora da
Carteira nº 083.085.15 inscrita no CPF/MF sob o nº
residência João do Anjo domiciliada no
Cidade Recife, Pernambuco, Estado Pernambuco, declaro, sob as
penas da Lei nº 13.047/74, a impossibilidade de apresentar Comprovação do Ato Declaratório, para
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

1. Fui vítima de acidente de trânsito;

2. Os órgãos responsáveis pela referida declaração, não prestam assistência de atendimento na
cidade onde residir;

Com o objetivo de permitir o exame de meus pedidos de indenização do Seguro DPVAT para a
cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
pública, submeto esta declaração para o prosseguimento e análise de minha
situação, bem como a apresentação do comprovante de Ato Declaratório, concordando com
a análise e a decisão que julgar a ausência da referida declaração.
Declaro, sob as penas da Lei nº 13.047/74, a veracidade e a continuidade com a análise, sem a comprovação, não é
responsável pela não prestação do processo, onde me coloca a disposição para realizações de perícias
com o Seguro DPVAT, para uma indenização justa das lesões que permanecerem devido ao
acidente.

Simone Moutinho da Silva

Recife, Pernambuco 15.01.17



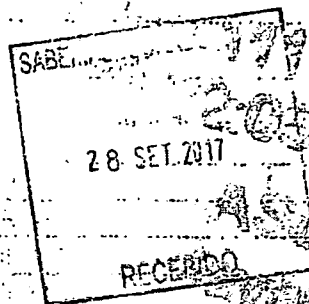
UPA 24h

Nome: Martins da Silva

30 05 60

M: Senhora do Nascimento

Amor: Am. Patricia II



(20/08/16) — PA: 140x90 mmHg, HGT: 81 mg/dl
15.45h — Sat de O₂: 98%, FC: 76 bpm

15.50h — PA: 210x100 mmHg

clonazepam 7.5 mg

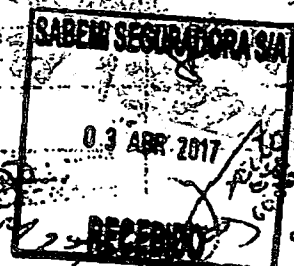
clonazepam 2.5 mg

8.6.000 mg

diagnóstico: hipertensão

17.40h — PA: 160x90 mmHg

22.50h — PA: 150x50 mmHg



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: 09/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERMINIO MARTINS DA SILVA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00023

CONTA: 000001014113-7

Nr. da Autenticação 64EA045DEE59B817

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ermínio Martins da SilvaRG nº 666.575, data de expedição 16/11/2007, Órgão SSP/SC

CPF nº 266.083.085-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Assentamento Ana Patrícia</u>
Número	<u>SL</u>
Apto / Complemento	<u>Povoado Lagoa do Riacho</u>
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Poco Redondo</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49910-000</u>
Telefone de Contato	<u>99925-2568 — 99918-9207</u>
E-mail	<u>marcadelosia@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Claro: 27 de setembro de 2017

SABEMI SEGURANÇA

28 SET 2017

RECEBIMOS

Assinatura do Declarante:

Ermínio Martins da Silva

p. 24

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos de Oliveira Rosa, portador(a) do

RG nº 21233829, expedido por SP/SE, em

06/01/2014 CPF/CNPJ nº 020.003.675-00

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Ernane

Martins da Silva do sinistro de DPVAT da natureza _____

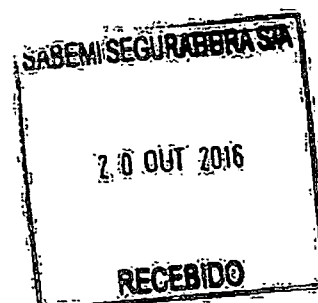
da vítima Ernane Martins da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: NC Renda Mensal: R\$ NC

Documentos comprobatórios: N/A

José Marcos de Oliveira Rosa
ASSINATURA = PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



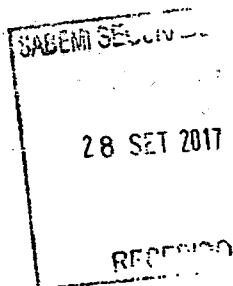


Declaração do Proprietário do Veículo

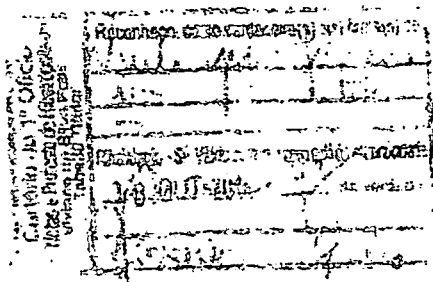
Eu, Ed. 1/2018, Proprietário do Veículo
RG nº 224.13495 data de expedição 04/11/14
Órgão _____ portador do CPF nº 13.451.635-18 com
domicílio na cidade de Fls. El. 1000 no Estado de
Paraná onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 1 de Maio nº _____
complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (ou) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ed. 1/2018 cujo o condutor era
Ed. 1/2018

Veículo: _____
Modelo: _____
Ano: _____
Placa: _____
Chassi: _____
Data do Acidente: 12/09/16
Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

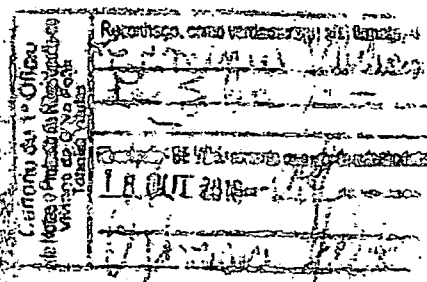


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Assinatura da Sólita Fidei
Tabela Titular

Valido
Selo de Autenticidade



Assinatura da Sólita Fidei
Tabela Titular

RF 00000000000000000000
Valido somente para
Selo de Autenticidade

DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA



0006

DO BR: 234745

DATA: 22/08/2016 HORA: 14:40
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

USUARIO: LMBSILVA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: ERMINIO MARTINS DA SILVA DOC: ...
IDADE: 56 ANOS NASC: 30/05/1960 SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO: ASSENTAMENTO ANA PATRICIA II NUMERO: 0
COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO: POÇO REDONDO UF: SE CEP: 49810-000
NOME PAI/MAE: NAO DECLARADO /MARIA SENHORA DO NASCIMENTO
RESPONSÁVEL: O PRÓPRIO TEL: ...
RESIDÊNCIA: POÇO REDONDO-SE
EMPREGAMENTO: OUTROS NÃO ESPECIFICADOS
PROFISSIONAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
EMP. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: 130/80 mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

HISTÓRIA DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: :

DECISÃO: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

SETOR: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA [] IML [] ANAT. PATOL

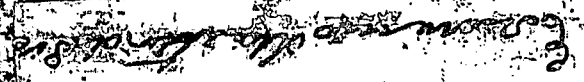
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



28 SEP 2017

RECEIVED



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE 000005490774 Nº 012162049467
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 01073828538 0000000000 2015

VANDIQUE FERREIRA DO SANTOS

038.451.635-18 UK16354

00199497SE 9C6KG065060041411

PAS/MOTOCICLETA ALCO/GASOL

YAMAHA/YS150 FAZER SED 2015 2016

2PUCV/149CC PARTIO PRETA

COTA ÚNICA VEICULO COTA ÚNICA 1º

PARATPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,03

RESERVAS

AL.FIDUC.-YAMAHA/YS150 FAZER SED LTDA

FOCU REDUNDO-SABEMI 6/7/01/2016



SÉ Nº 012162049467 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 07/01/2016

038.451.635-18 UK16354

01073828538 YAMAHA/YS150 FAZER SED

2015 09 9C6KG065060041411

PRÊMIO TARIFÁRIO

FVS (R\$) 129,03 TENANT (R\$) 14,33 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37

GUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL PRÊMIO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 07/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.748.033/0001-04
www.seguradotalider.com.br

5103-194

SABEMI SEGURADORA S/A

20 OUT 2016

RECEBIDO

Seleção



Eu Romário Martins da Silva Rg 666.575
e CPF 266.083.085-15 endereço: Av. Ana Patrícia 2
Cidade Pedro Redondo/SE, Solicito aos Senhores
que seja baixada a pendência do meu
processo sumário 3170 45 6530, que já fiz
aditamento no Balanço de Competência informando
que a dita carta do meu acudente foi
(20.08.2016), por favor baixe essa pendência
pois meu processo já está muito atrasado
e estou passando até necessidade para não
parar trabalhar pelo a compensação de Vales.

Ass. J.

Romário Martins da Silva 27.09.17

20 Romário Martins da Silva

Data 27.09.17

SABEMI SEGURANÇA

28 SET 2017

RECEBIDO

libra

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611865 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERMINIO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: NÃO INFORMADO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611865

Cidade: Poço Redondo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Data do acidente: 20/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX ASSIMÉTRICO PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA 6ª E 7ª COSTELA A DIREITA, DOR TORÁCICA EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, COMPRESSÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA E RESPIRAÇÃO EM VIRTUDE DA DOR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR A DIREITA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de estruturas torácicas

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

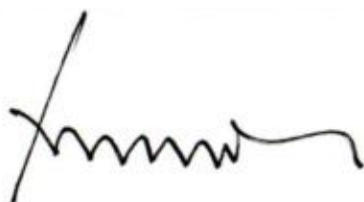
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

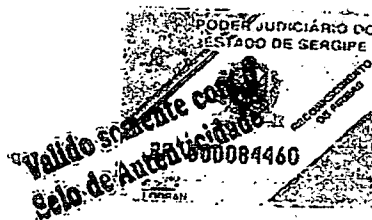


Por este instrumento particular, eu (nome completo) Geminio Martins da Silva
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Corretor, portador da cédula
de identidade RG nº 66.083.085-15, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 266.083.685-15, residente na (endereço
completo) Rua João do Ramalho, na cidade de
Pelo Rico, (UF) SE, CEP 49.870-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Rosa Manoel O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Portador da cédula
de identidade RG nº 21.233.829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua João do Ramalho, na cidade de
Pelo Rico, (UF) SE, CEP 49.870-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) _____
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) João da Silva 18.10.16

(assinatura) Geminio Martins da Silva

(RG) 6608308515



Reconheço, como verdadeiro(a) o(a) nome(a) de	<u>Geminio Martins da Silva</u>
Reconheço, SE Visto, como verdadeiro(a) o(a) nome(a) de	<u>Rosa Manoel O. Rosa</u>
Reconheço, SE Visto, como verdadeiro(a) o(a) nome(a) de	<u>João do Ramalho</u>

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

João da Silva
Tabela Titular

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ERMINIO MARTINS DA SILVA** Sinistro: **3170611865** Data: **20/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **POV LOGOA DO RIACHO, SN, ASS ANA PATRICIA - ZONA RURAL - Poço Redondo - SE - CEP 49810-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SE**] **666.575**

Data local do exame: [**29/12/2017**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA. AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX ASSIMÉTRICO PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA 6ª E 7ª COSTELA À DIREITA, DOR TORÁCICA EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, COMPRESSÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA E RESPIRAÇÃO EM VIRTUDE DA DOR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional de estruturas torácicas

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas torácicas

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

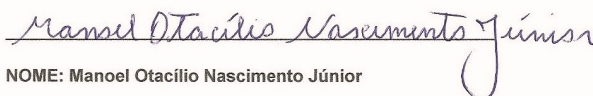
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


NOME: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE