



Número: **0081065-19.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DORGIVAL BARBOSA DE LIMA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
92978 868	16/11/2021 14:15	2700018_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

Processo: 00810651920198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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 **DORGIVAL BARBOSA DE LIMA**, 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

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

Houve pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.387,50 (quatro mil e trezentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000010016311-4

Nr. da Autenticação C42DEA303B871AA3

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



Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora, tendo sido produzido o laudo acostado.

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

- 1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;
- 2) 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%.

Ocorre que, não se mostra 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.

Deve ser considerada a grande divergência nas conclusões, dado que naturalmente haveria a estagnação da invalidez ou até mesmo a melhora, mas jamais o agravamento.

A indicação da lesão mais abrangente a partir da mera avaliação visual não se mostra suficiente, posto que não corroborada pela documentação acostada.

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.

Os documentos não comprovam o agravamento da lesão bem como a necessidade de novos tratamentos ou procedimentos médicos que indicariam que a lesão não estava estabilizada, cabendo o acolhimento do laudo administrativo acostado e o pagamento efetuado, impondo-se a improcedência da demanda.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 12 de novembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0081065-19.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DORGIVAL BARBOSA DE LIMA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
92978867	16/11/2021 14:15	2700018_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000010016311-4

Nr. da Autenticação C42DEA303B871AA3





HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHA GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 15/02/2018 às 13:21:24 | N° do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO

Código Paciente: PAC_270310
Cartão SUS: 707609280650390
Nome do Paciente: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA
Data Nascimento: 18.12.1959
Idade: 59 anos
Sexo: Masculino
Raça/Cor: Pardo
Contato 1: Contato 2:
Nome dos Pais: OTAVIA CONCEICAO COELHO
Endereço: RUA NILTON CARNEIRO, 02,
CHA GRANDE - PE

ANTROPOMETRIA

PESO: KG ALTURA: M MASSA:

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

P.A.: 140x110 mmHg TEMPERATURA: C GLICEMIA:
FREQ. CARD.: bpm SAT. O2.: %
FREQ. RESP.: mpn HGT: 159

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS? () QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente automobilístico + trauma, apneia, hemiparesia - confuso em nível parental, trauma em face e membros superiores.

EXAMES FÍSICOS

no cr. cerebelar; anisocoria; pupila; hemiparesia
DIAGNÓSTICO

neuropatia

trauma

EXAMES COMPLEMENTARES

Im: Fratura exposta 3° 4° articulação D.
Trauma em face D.

TRATAMENTO

Tec. Suporte

1 SFC 0.9% 500ml

2 Decadron 4mg
Dexametasona 4mg

Data do Atendimento:

Dr. Marcos Bruno
Médico
CRM / Carimbo

3 Abobrinha 2g + mco

4 Trauma 1000 + 1000ml SFC 0.9%

Avenida 20 de Dezembro, Cha Grande - PE | Fone: (51) 3557-1916

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1669389
Nome: Dorival Barbosa de Lima

Foi atendido às _____ hs. do dia 15/02/19

Diagnóstico Provável: Fratura exposta de
h: QDD + luxação de joelho (E)
e lesão completa de fixa
proprías.

CID: S62 + S85.0 + S85.5
+ S83.1

Tratamento Realizado: Tratamento cirúrgico
e fixação externa +
reconstrução do joelho.

Observação: 1) Ao ambulatório de Dr Paulo
Loureiro (3 semanas) +
2) Afastamento de 90 dias (aviso).

Cópia de: _____

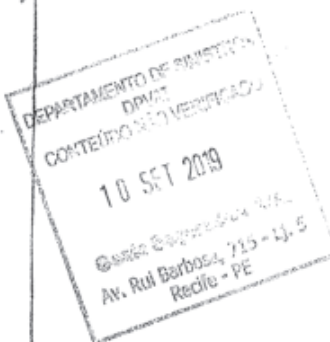
18/03/19

Médico - CRM Nº

Dr. José Márcio Gomes dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE: 25516

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

Exame ao 1º dia
Dengue - Prurigo 5x
linhas - portulaca
de fraca sequela 5x
Exame - em membro
inferior esquerdo
com sintomas de febre
no fecho e tórax
Estimulando por
insulina por 6 (seis)
meses. CD 193.5

Data

20/08/19

Ass. Paulo Lana
Oncologista
Cirurgia de Jato
CRM: 9876

CREMEPE

COD. 0340



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525995 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 4º quirodáctilo direito, luxação do joelho esquerdo com lesão completa do feixe poplíteo e traumatismo crânio encefálico moderado.

Descrição do exame físico: Refere cefaleia e tontura e dor no membro inferior esquerdo. Ao exame apresenta deformidade grave com limitação severa dos movimentos do 4º quirodáctilo direito, edema residual intenso (++++/++++) e bloqueio completo dos movimentos do joelho esquerdo (em extensão)

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico das fraturas com osteossíntese do 4º quirodáctilo e osteossíntese com fixador externo e reconstrução do joelho esquerdo. Evoluiu com comprometimento severo do 4º dedo e limitação completa do joelho esquerdo. Refere fisioterapia e alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações:


Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	32,5 %	R\$ 4.387,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314101/19

Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

CPF: 290.719.844-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

DORGIVAL BARBOSA DE LIMA : 290.719.844-00

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: 10/09/2019
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525995 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 4º quirodáctilo direito, luxação do joelho esquerdo com lesão completa do feixe poplíteo e traumatismo crânio encefálico moderado.

Descrição do exame físico: Refere cefaleia e tontura e dor no membro inferior esquerdo. Ao exame apresenta deformidade grave com limitação severa dos movimentos do 4º quirodáctilo direito, edema residual intenso (++++/++++) e bloqueio completo dos movimentos do joelho esquerdo (em extensão)

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico das fraturas com osteossíntese do 4º quirodáctilo e osteossíntese com fixador externo e reconstrução do joelho esquerdo. Evoluiu com comprometimento severo do 4º dedo e limitação completa do joelho esquerdo. Refere fisioterapia e alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525995 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - JOELHO. (P2)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525995 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO COMPLETA DE FEIXE POPLÍTEO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - JOELHO. (P2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @P.3- 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



**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.

Número do Sinistro: **3190525995**

Nome do(a) Examinado(a): **DORGIVAL BARBOSA DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R Domingos Henrique da Rocha, SN, C - CENTRO - Chã Grande - PE - CEP 55636-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **2213199**

Data e local do acidente: [**15/02/2019**] **Amaraji**

Data e local do exame: [**27/09/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do 4º quirodáctilo direito, luxação do joelho esquerdo com lesão completa do feixe poplíteo e traumatismo crânio encefálico moderado.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Refere cefaleia e tontura e dor no membro inferior esquerdo. Ao exame apresenta deformidade grave com limitação severa dos movimentos do 4º quirodáctilo direito, edema residual intenso (++++/++++) e bloqueio completo dos movimentos do joelho esquerdo (em extensão)

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro submetido a tratamento cirúrgico das fraturas com osteossíntese do 4º quirodáctilo e osteossíntese com fixador externo e reconstrução do joelho esquerdo. Evoluiu com comprometimento severo do 4º dedo e limitação completa do joelho esquerdo. Refere fisioterapia e alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

4º quirodáctilo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.**



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525995

Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.387,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 001

Agência: 000001771-X

Conta: 000010016311-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 290719844-00 4 - Nome completo da vítima: Dorival Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Dorival Barbosa de Lima 6 - CPF: 290719844-00
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Domingos Henrique da Rocha 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Beatriz d'Alus 12 - Cidade: Cha-apanade 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 991349621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1771 X CONTA: 16311 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

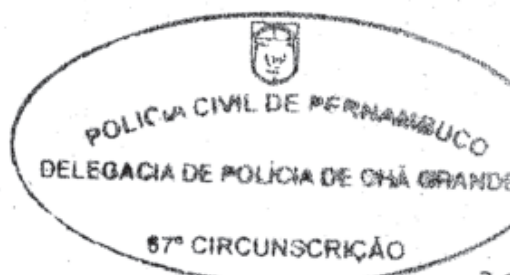
40 - Local e Data, Quarta - PE 09.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE -
DP67ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

546932
0314101/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0157000266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/03/2019 às 12:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 15/2/2019 às 13:00

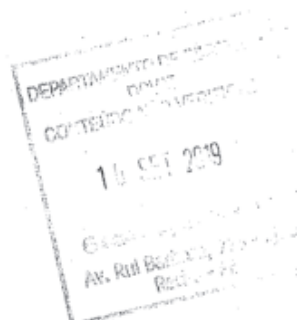
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AMARAJO, 01, RODOVIA PE 71 -**
Bairro: **ZONA RURAL - AMARAJO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de
Referência: **PONTE DO RIO IPOJUCA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR AGENTE)
DAISY NEVES BARBOSA DE LIMA (NOTICIANTE)
DORGIVAL BARBOSA DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DORGIVAL BARBOSA DE LIMA



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

DORGIVAL BARBOSA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OTÁVIA GONÇALVES GOMES Data de Nascimento: 12/12/1959 Naturalidade: CHÃ GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2213193/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 984655222

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CHÃ GRANDE, 26, RUA DOMINGOS HENRIQUE DA ROCHA - CEP: 0 - Bairro: BEATRIZ ALVES - CHÃ GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, COLÉGIO JOÃO FAUSTINO**

O ESTADO - Ramo da Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

DAISY NEVES BARBOSA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA MARIA DAS NEVES Pai: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA Data de Nascimento:



16/3/1994 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
9645365/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM**
Telefones Celulares:
- 994756167

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 25, RUA DOMINGOS HENRIQUE DA ROCHA - CEP: 8 - Bairro: BEATRIZ ALVES - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DORGIVAL BARBOSA SE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DORGIVAL BARBOSA SE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **K1S3218** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **200022535** Chassi: **9C2JC30403R231425**
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003**

Complemento / Observação

A SENHORITA DAISY COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA COMUNICANDO QUE, NA OCASIÃO DESCRITA, O SEU PAI, DORGIVAL, CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA QUANDO, PERDEU O CONTROLE E CHOCOU-SE COM UM MURO, ÀS MARGENS DA RODOVIA PE 71, SOFRENDO LESÕES MÚLTIPLAS PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DESTA CIDADE DE CHA GRANDE PARA O HOSPITAL LOCAL, SE ONDE FOI REMOVIDO PAA O HR. EM REGIFE.

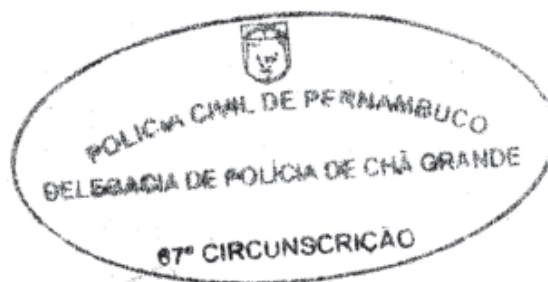
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

DAISY NEVES BARBOSA DE LIMA
(NOTICIANTE)

Daisy Neves Barbosa de Lima

B.O. registrado por: **VALTER JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **203586-0**

Valter Jose dos Santos



27/03/2019 12:37





SAMU
192

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 22 de Março de 2019

Declaro para os devidos fins de comprovação que Dorgival Barbosa De Lima, 59 anos de idade, foi atendido(a) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 15 de Fevereiro de 2019, às 13h 26 min (número do registro da ocorrência: 5 589905).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Vítima de acidente de moto (colisão em
rua).

Encaminhado para o Hospital: Genal Alfredo Alves De Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Dr. Italo Jorge Lira (CRM 22000)

Removido para o hospital de referência: Hospital Da Restauração

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Protocolo de Trauma, avaliação dos SSV e
neurologica, Oxigenoterapia e infusão de fluidos.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De Sousa Marêdo
Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabella Mayara Sousa

DEPARTAMENTO DE SIMST
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2019
Gestor Responsável
Av. Rui Barbosa, 71
Recife - PE

