



Número: **0009039-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIELSON JOSE DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60314 819	06/04/2020 11:51	2709423_CONTESTACAO_01	Parecer



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 18ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00090398620208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDIELSON JOSE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 23/03/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora apresenta boletim médico inconclusivo, incapaz de comprovar a existência de qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a alegada invalidez permanente.

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



Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Isso se deve, tendo em vista que além da notícia ter sido registrada pela vítima menor de idade, desacompanhado e sem qualquer testemunha do fato, o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE EDIELSON JOSE DA SILVA, O MESMO RELATA QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA PGV - 1403, PELA ESTRADA DE MANDACARU, ZONA RURAL DE GRVATA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR CAVALOS NO MEIO DA ESTRADA; QUE TENTOU LIVRAR POREM NAO CONSEGUI E COLIDIU COM UM DOS ANIMAIS. RELATA AINDA QUE FRATURAS NO BRACO DIRETO E QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

**EDIELSON JOSE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: **319807-3**

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

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



Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **18/01/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

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

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EDIELSON JOSE DA SILVA**, em curso perante a **18ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00090398620208172001.

Rio de Janeiro, 23 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

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

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





06/04/2020

Número: **0009039-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

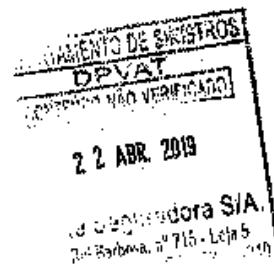
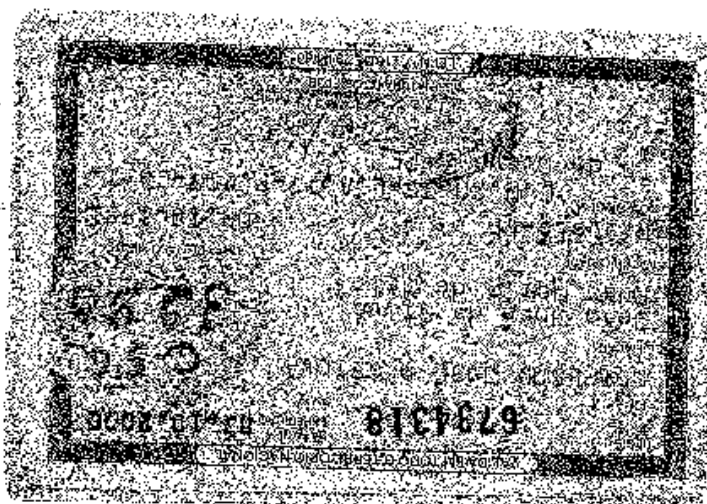
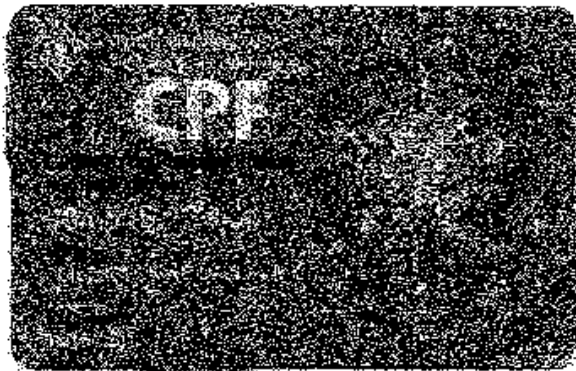
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIELSON JOSE DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60314821	06/04/2020 11:51	ANEXO 1	Outros (Documento)





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.339.162 01/09/2017

<< CLEYSON SANTANA DO AMARAL >>

<< RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>

<< ADELDA DE SANTANA AMARAL >>

RECIFE - PE 05/01/1976

0000555 60 RECIFE - PE >>

847.705.894-55

10/7/2001 2012/2/28 783118

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

COMPROVANTE PARA VERIFICAÇÃO

27 ABR. 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-040



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190286033 **Cidade:** Gravata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (1ª ABORDAGEM - FIXADOR EXTERNO / 2ª ABORDAGEM - FIOS DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 02 E 03.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190286033 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, FOLHA DE CIRURGIA SE FOR O CASO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM COM IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190286033 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (1ª ABORDAGEM - FIXADOR EXTERNO / 2ª ABORDAGEM - FIOS DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 02 E 03.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE: sinistro: ENVALIDEZ PERMANENTE

NOME: EDIELSON JOSÉ DA SILVA
RG: 6.734.318 - SDS/PE
CPF: 084.816.124-64 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SÍTIO MARJRUNGA N: S/N Bairro: ZONA RURAL
GRAVATA/PE CEP: 55640-000, neste ato tendo assinado a rogo,

RG: CPF:

Endereço: N: cep:

Data do acidente: sinistro: ENVALIDEZ PERMANENTE

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 4.339.162 SSD/PE CPF: 847.705.894-68
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

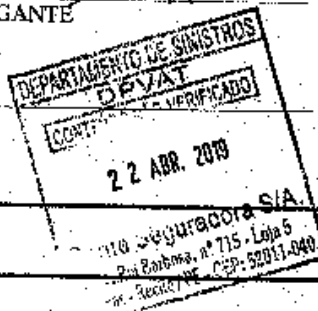
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomejo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

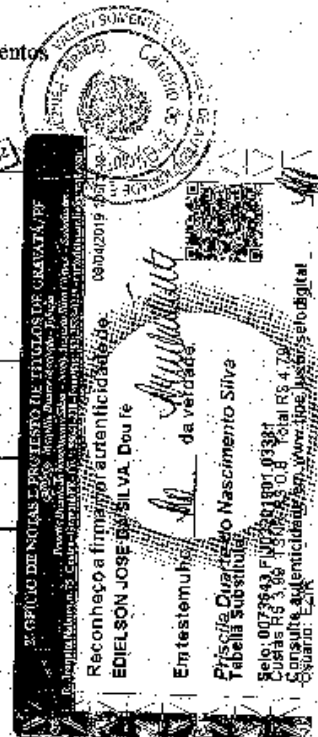
Edelson José da Silva
OUTORGANTE

Testemunhas:

A Rogo:



GRAVATA/PE 08 Abril 2019
Local e Data



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE: sinistro: ENVALIDEZ PERMANENTE

NOME: EDIELSON JOSÉ DA SILVA
RG: 6.734.318 - SDS/PE
CPF: 084.816.124-64 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SÍTIO MARJRUNGA N: S/N Bairro: ZONA RURAL
GRAVATA/PE CEP: 55640-000, neste ato tendo assinado a rogo,

RG: CPF:

Endereço: N: cep:

Data do acidente: sinistro: ENVALIDEZ PERMANENTE

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 4.339.162 SSD/PE CPF: 847.705.894-68
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

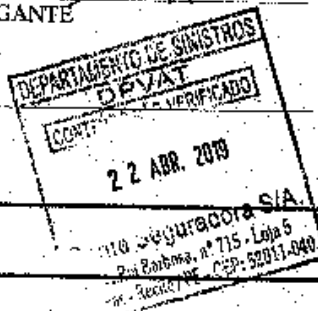
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomejo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

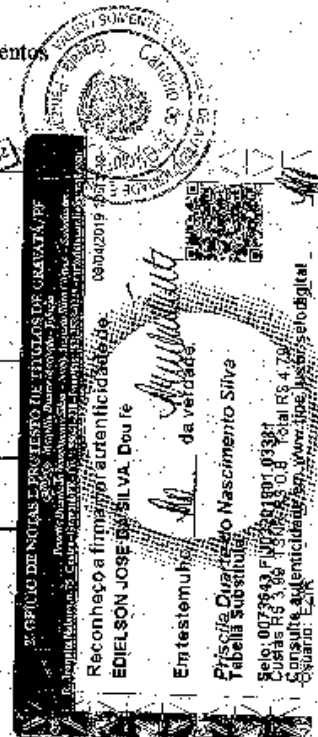
Edelson José da Silva
OUTORGANTE

Testemunhas:

A Rogo:



GRAVATA/PE 08 Abril 2019
Local e Data



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135027/19

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

CPF: 084.816.124-64

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIELSON JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

EDIELSON JOSE DA SILVA : 084.816.124-64

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: 22/04/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135027/19

Número do Sinistro: 3190286033

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data do acidente: 18/01/2019

CPF: 084.816.124-64

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIELSON JOSE DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/07/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos





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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286033

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 18/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIELSON JOSE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 1423411





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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286033

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 18/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIELSON JOSE DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00007/00008 - carta_03 - INVALIDEZ

00050004



Carta nº 14239463





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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286033

Vítima: EDIELSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 18/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIELSON JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **EDIELSON JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **943**

Conta: **0000054081-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **084 816 124-64** Nome completo da vítima: **Edielson Jose da Silva**

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

Nome completo: **Edielson Jose da Silva** CPF: **084 816 124-64**

Profissão: **Receita** Endereço: **Estrada Maripunga** Número: **51N** Complemento: _____

Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Gravatá** Estado: **PE** CEP: **55640-000**

E-mail: _____ Tel (DDD): **81 99228-5097**

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0943** CONTA: **54081**

(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.

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 5.194/74, art. 3º, 61º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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, sob responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Gravatá 20/04/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Edielson Jose da Silva**

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: **Gente Seguradora S/A.**

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Recife - PE CEP: 51011-000

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

O ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



518453
0135021/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 662ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62ªCIRC
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152001004**

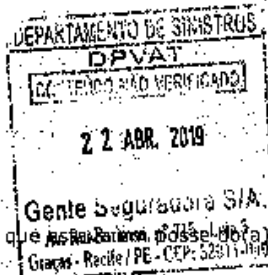
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2019** às **10:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/1/2019** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, ESTRADA DE MANDACARU** - Bairro:
ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **FREI DAMIAO**.
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR (AGENTE)
ALEXSANDRO FORTUNATO DA SILVA (OUTRO)
EDIELSON JOSE DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de Sr(a): **EDIELSON JOSE DA SILVA**

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

EDIELSON JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA MARIA DE MELO** Pai:
JOAO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: **8/10/1981** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, SÍTIO MAFIRUNGA, MANDACARU** - CEP: **0** - Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALEXSANDRO FORTUNATO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO FORTUNATO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDIELSON JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESQ** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGV1403** (PERNAMBUCO/GRAVATA)

11/03/2019 10:4



Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE EDIELSON JOSE DA SILVA, O MESMO RELATA QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA PGV - 1403, PELA ESTRADA DE MANDACARU, ZONA RURAL DE GRVATA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR CAVALOS NO MEIO DA ESTRADA, QUE TENTOU LIVRAR POREM NAO CONSEGUIE COLIDIU COM UM DOS ANIMAIS. RELATA AINDA QUE FRATURAS NO BRACO DIRETO E QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

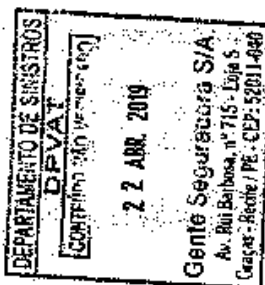
EDIELSON JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: 319807-3

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE EDIELSON JOSE DA SILVA, O MESMO RELATA QUE PILOTAVA A MOTO DE PLACA PGV - 1403, PELA ESTRADA DE MANDACARU, ZONA RURAL DE GRVATA, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR CAVALOS NO MEIO DA ESTRADA, QUE TENTOU LIVRAR POREM NAO CONSEGUIE COLIDIU COM UM DOS ANIMAIS. RELATA AINDA QUE FRATURAS NO BRACO DIRETO E QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

EDIELSON JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: EILTON FERREIRA BULHOES - Matrícula: 319807-3





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação de Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Gênero	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V		CNES 2436802	Vítima Nº
	Data do atendimento 19/01/2019 às 2000-01-01 01:50:00 -0200		Número de Registro/Prontuário 000100208	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome EDIELSON JOSE DA SILVA			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 08/10/1981 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 37 ☐ 9 Ignorado		Ocupação ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Gravatá - PE		Código IBGE 260640	
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☒ 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro			
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/encalço ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 9 Outro	
	Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de sinal de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica	
Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
Avanço de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica		
Sono do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Condição de saúde do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
Outro fator relacionado ao acidente				
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado				
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da Vítima ☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 115 - Lda 5
CEP: 51.040-000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **084 816 124-64** Nome completo da vítima: **Edielson Jose da Silva**

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

Nome completo: **Edielson Jose da Silva** CPF: **084 816 124-64**

Profissão: **Receita** Endereço: **Estrada Maripunganga** Número: **51N** Complemento: _____

Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Gravatá** Estado: **PE** CEP: **55640-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **81 99228-5097**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0943** CONTA: **54081**

(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.

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 5.194/74, art. 3º, 61º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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, sob responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Gravatá 20/04/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Edielson Jose da Silva**

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: **Gente Seguradora S/A.**

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Recife - PE CEP: 51011-000

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

O ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 349875

PACIENTE: EDIELSON JOSÉ DA SILVA

GENITORA: COSMA MARIA DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1981

IDADE: 37

ENDEREÇO: TRAV 15 DE NOVENBRO

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

PONTO DE REFERÊNCIA: CASA

CIDADE: GRAVATA

ACOMPANHANTE: SAMU E JOSEFA

DATA: 19/01/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 01:03

CNS: 77

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem Informação

Nº:

UF: PE

CEP:

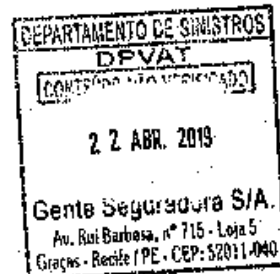
HDA

Paciente vítima de acidente (colisão moto - cavalo)
o mesmo estava pilotando a moto

EXAME FÍSICO

3 > Vias peritórax $SO_2: 98\% RA$

C Estável hemodinamicamente
D Glasgow 15 (óculo e orientado)
E Fratura exposta em rádio



EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

Poltrona Fratura exposta de rádio

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsra das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3534-0424



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:	02/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIELSON JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000054081-0

Nr. da Autenticação 5EC2DB1D7D2303DB



06/04/2018

Banco Bradesco S/A



| 237-2 |

2378415009 91810.607566 18000.224507 9 00000800000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYSDON S AMARAL - 84770688489

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP: 55862155

Secador/Avulsa



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/b18/LOTECAWEB/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 resseguto.

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 GLEYBSON SANTANA DO ANJAL inscrito (a) no CPF 847.705.894, 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDIELSON JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084816124, 64 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDIELSON JOSE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084816124, 64 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir 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 RIVALDO BASTAR</u>		Número	<u>56</u>	Complemento	
Bairro	<u>PRADO</u>	Cidade	<u>GRAVATA</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email	<u>gleybson40@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)	<u>81992287</u>

Gravata, 18 de ABRIL de 2018
Local e Data

Gleybson Santana do Anjal
Assinatura do Declarante



DLBRL001 V001/2017



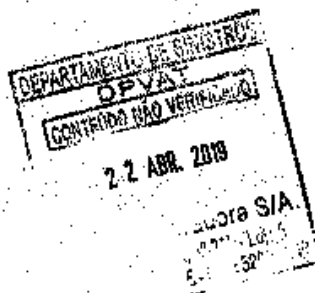
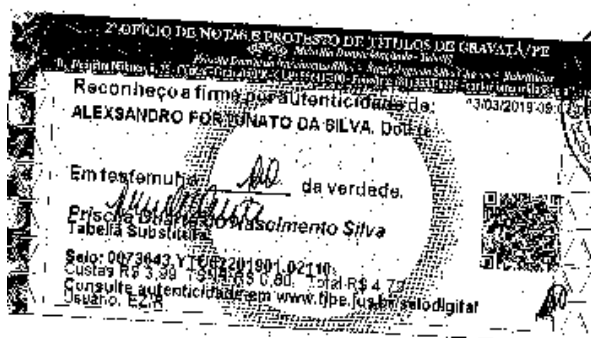
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alexsandro Fortunato da Silva
RG nº 6466095 data de expedição 1/1
Órgão SSP portador do CPF nº 04603295456 com
domicílio na cidade de GRAVATA no Estado de
PE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sheddomiro Valsis nº 351
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDIELSON JOSE DA SILVA cujo o condutor era
O MESMO

Veículo: PAS MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / NXR160 BROS ESDD
Ano: 2017
Placa: PGV1403
Chassi: 9C2KD0810TR000580
Data do Acidente: 18-01-2019
Local e Data: GRAVATA/PE, 13-03-2019

Assinatura do Declarante

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 349875

PACIENTE: EDIELSON JOSÉ DA SILVA

GENITORA: COSMA MARIA DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1981

IDADE: 37

ENDEREÇO: TRAV 15 DE NOVENBRO

BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

PONTO DE REFERÊNCIA: CASA

CIDADE: GRAVATA

ACOMPANHANTE: SAMU E JOSEFA

DATA: 19/01/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 01:03

CNS: 77

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº:

UF: PE

CEP:

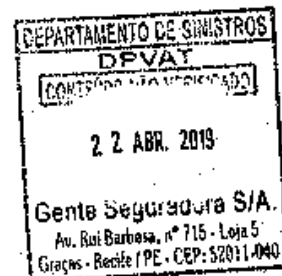
HDA

Paciente vítima de acidente (colisão moto - cavalo)
o mesmo estava pilotando a moto

EXAME FÍSICO

3 > Vias peritons 502: 979/979

C Estável hemodinamicamente
D Glasgow 15 (óculo e orientado)
E fratura exposta em rádio



EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

Poltrona Fratura exposta de rádio

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsra das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3534-0424

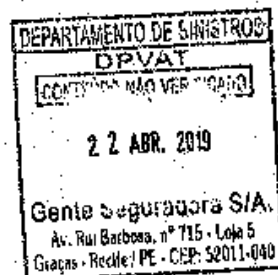


PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

Hospital Negrocos Agreste
6601882



ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO ☐
 TRANSFERIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS





PREFEITURA MUNICIPAL
GRAVATÁ
AGORA E CRESCIMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO

10/10/19

HORA

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORDEM

Nº CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

Edelson José da Silva

IDADE

67

TELEFONE

DIAGNÓSTICO

Politrauma + Fratura exposta rádio

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE

Paciente vítima de acidente (colisão moto-carro). O mesmo
estava pilotando a moto e utilizava capacete.

EF Vios peritos. Exame Neurologicamente. Glasgow
15 e Fratura em radio (D).

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL

130 x 80 mm/Hg

F. CARDÍACA

96 bpm

F. RESPIRATÓRIA

18 lpm

TEMPERATURA

°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

GLASGOW

15

EXAME FÍSICO

SEM

NÃO

(+ + + + +)

DESHIDRATADO

DEBILITADO

SEM

NÃO

(+ + + + +)

CHAMOTICO

ISTÉRICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

ID

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSE

MEDICAÇÃO EM USO

DOSE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENHA EM IDENTIFICADO

22 ABR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Bairro - Recife / PE - CEP: 52011-040

EXAMES COMPLEMENTARES

ECG

NORMAL

ALTERAÇÃO

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB

HT

LEUCO

TPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

* RELACIONAR EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL
DE DESTINO

Regional do Agreste

Thiago Oliveira
Médico
CRM-PE: 27.572

CONSELHO

SERENA CENTRAL

SERENA RÁDIO



Prefeitura de
GRAVATÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 25 de fevereiro de 2019.

DECLARAÇÃO

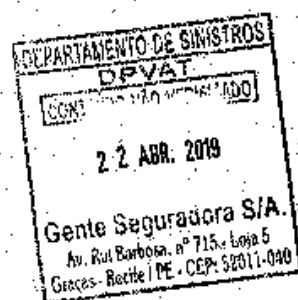
Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **EDIELSON JOSÉ DA SILVA** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 18 de Janeiro de 2019, vítima de trauma por acidente motociclístico. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Matheus Espindola
COREN-PE 514971 - ENG

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravata



Endereço: Rua XV de Novembro, 121 - Nossa Senhora das Graças - Gravata - PE

CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025

CNPJ: 10.710.822/0001-10

saude@prefeitura.degravata.pe.gov.br

www.prefeitura.degravata.pe.gov.br



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 477971 Prontuário: 332367

Nome: EDIELSON JOSE DA SILVA
 Data Nasc.: 08/10/1981 Idade: 37 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 160931266770005
 Endereço: SÍTIO MAPIRONGA
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: GRAVATA Estado: PE
 CEP: 55645755 Fone: Profissão: AGRICULTOR
 Nome da Mãe: COSMA MARIA DE BELO
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 19/01/2019 02:57

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vitima de acidente automobilístico apresentando
 lesão exposta do rádio D.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Consciente, orientado, hidratado

ferimento sangrante de corte de 2cm em
 1/3 distal do antebraço D.

Diag. Provisório:

Fratura exposta do rádio distal D.

C.D. internamente

Dr. Bc
 Anderson Ary Dias
 CRM 21731

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

Estado Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE
 140410

Prescrição:

Dieta:

Data

SF 500ml ev - 08/09
 afelotinaf - 2FA - 100 ev - 08/09
 SART VAG - 100ml

Anderson Ary Dias
 CRM 21731



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: GREGO L RSE

Nº do Registro:

Clínica:

Nº do Leito:

Operador: Dr. Leonardo Lima

1º Assistente: Dr. Felipe

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesiologista:

Duração:

Data da Operação: 04/02/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura Rota do osso

Diagnóstico Pós-Operatório:

Amputado

Operação Proposta:

RPA e RPA de S.T.

Operação Realizada:

A. M. M. M.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 13. S
Recife - PE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Paciente em DRG, foi admitido
2. Pré-operatório + anestesia + cirurgia
3. Acesso vascular + drenagem por RPA
4. Ressecção de tumor + drenagem de RPA
5. RPA de S.T. + drenagem
6. Ressecção de tumor + drenagem de RPA
7. Drenagem de tumor + drenagem de RPA
8. Sutura de tumor + drenagem de RPA
9. Ressecção de tumor + drenagem de RPA

Dr. Leonardo Lima
Cirurgião Geral
RPA de S.T.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Edilson BN de silva

Nº do Registro: 332367

Clinica: Traumatologia

Nº do Leito

Operador: Anderson Any Dias

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiata:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta do rádio - D + ulna - D

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Fixação interna com colar

Operação Realizada: A proposta

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1 Paciente em DDH sob bloqueio de plexo
- 2 Anestesia, entupimento
- 3 Abertura da camera interna
- 4 Amputação do fragmento e limpeza com SF 0,1%
- 5 Colocação do fixador de colar em antebraço
- 6 Sutura e Curativo
- 7 Aguardo curativo definitivo

Anderson Any Dias
CRM 21731

