



07/07/2020

Número: **0018387-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO VITOR DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64268932	07/07/2020 11:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022954 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VITOR DA SILVA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.5_CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Victor da Silva,

RG nº 5.840.668, data de expedição 08/02/15, Órgão SSP/RE.

CPF nº 047.468.714-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Luiz Otávio Gomes</u>
Número	<u>105 B</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vila Luiz Otávio</u>
Cidade	<u>Taguaí do Lago</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55820.000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915.3756</u>
E-mail	<u>marceloassessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 24/12/2019

Assinatura do Declarante: João Victor



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1414235019

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE-PERNAMBUCO
CEP: 50080-902
CNPJ: 10.839.992/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005549-33



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria: 0800 382 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0157
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!

MARIA LUZINETE HONORIO

DATA DE VENCIMENTO

02/12/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/11/2019

CONTA CONTRATO

7009642026

DATA DA APRESENTAÇÃO

25/11/2019

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

NÚMERO DA NOTA FISCAL

086280910

ENDEREÇO

RUA LUIZ OTAVIO GUERRA 105 --B -
VILA LUIZ OTAVIO/LAGOA DO CARRO
-55820-000 LAGOA DO CARRO PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,35

PERÍODO CONSUMO

24/10/2019 a 25/11/2019

CONSUMO

80

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 16,75

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7009642026

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,35

VENCIMENTO

02/12/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838500000008 733500110078 009642026100 143310593530



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 056ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DO CARRO - DP56ª CIRC. do CARRO
DINTER/11ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0146000850

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/12/2019** às **16:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **23/9/2018** às **17:14**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, ZONA RURAL- CHÃ DE VENTENAS - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IVANILSON MARIANO DA SILVA JUNIOR (OUTRO)
JOÃO VITOR DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO VITOR DA SILVA**

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

JOÃO VITOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUZINETE HONORIO** Data de Nascimento: **23/8/1981** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SEPARADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 92 - CEP: 0 - Bairro: LUIZ OTAVIO GUERRA - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

IVANILSON MARIANO DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - 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)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IVANILSON MARIANO DA SILVA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO VITOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Características: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

file:///C:/Users/Polícia civil/Inbox/Outbox/BOCPreview.html

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
13/01/2020

1/2



Marca: **KCU4930** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **988268858** Chassi: **9C2KC08108R31R388**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPDI O SR. JOÃO VITOR INFORMANDO QUE SOFRERA UM ACIDENTE QUANDO ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS NA ESTRADA DE VENTENAS NESTE MUNICÍPIO NAS PRÓXIMIDADES DO BAR DO FEIXE; O FATO OCORREU PORQUE UM VEÍCULO QUE ESTAVA A SUA FRENTE FREIOU REPENTINAMENTE E PARA NÃO COLIDIR COM O MESMO TENTOU DESVIAR, MAS BATEU NUMA CERCA DE ARAME FARPADO SOFRENDO ESCORAÇÕES E FRATUROU O BRAÇO-O CONDUTOR DO VEÍCULO O SOCORREU PARA A UNIDADE MISTA SIMEÃO RIBEIRO DE LEMOS NESTE MUNICÍPIO E DE IMEDIATO FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA PARA REALIZAÇÃO DE OUTROS EXAMES QUE ERAM NECESSÁRIOS-DEPOIS ELE CONTINUOU TRATAMENTO NO IIRM (INSTITUTO ROBERTO MATEUS) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE SURUBIMPE- NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

x/JOÃO VITOR
JOÃO VITOR DA SILVA
(VITIMA)

D.O. registrado por: **LUIS FERNANDO BARBOSA VEIGA** - Matrícula: **221350-8**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
13/01/2020





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: 042.468.714-72 4 - Nome completo da vítima: João Litor da Silva

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

5 - Nome completo: João Litor da Silva 6 - CPF: 042.468.714-72
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R. Luz Otávio Guerra 9 - Número: 105B 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Luis Otávio 12 - Cidade: Lagoa do Camo 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55820-000
15 - E-mail: marceloassessoria@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 97915-3756

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\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 citados. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2551 CONTA: 013 25429 4
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 encaminhamento 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 6.194/76, 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 (vivencor)? ☐ 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 do representante legal: 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: Oeiras, 24/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CNPJ PARA EMPRESAS/PAIS





AUTOATENDIMENTO - AG. TORITAMA

DATA: 05/12/2019

HORA: 13:37:05

TERMINAL: 25511022

CONTROLE: 255110220512

AGENCIA: 2551 - TORITAMA, PE

CONTA : 013.00025429-4

CLIENTE: JOAO VITOR DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

www.caixa.gov.br

(SAC CAIXA)

Serviço de Atendimento ao Consumidor

Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 77 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.





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: 042.468.714-77 4 - Nome completo da vítima: João Litor da Silva

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

5 - Nome completo: João Litor da Silva 6 - CPF: 042.468.714-77
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R. Luz Otávio Guerra 9 - Número: 105B 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Luis Otávio 12 - Cidade: Lagoa do Camo 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55820-000
15 - E-mail: marceloassessoria@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 97915-3756

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\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ 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 (destinada para os seguintes títulos: Assinante (veja sigla))

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

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 013 25429 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinale 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 encaminhamento 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 6.194/76, 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 (vivencor)? ☐ 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
Assinatura
Assinatura
Assinatura

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: Oeiras, 24/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. PÓS-SEGURO/AVISO





AUTOATENDIMENTO - AG. TORITAMA

DATA: 05/12/2019

HORA: 13:37:05

TERMINAL: 25511022

CONTROLE: 255110220512

AGENCIA: 2551 - TORITAMA, PE

CONTA : 013.00025429-4

CLIENTE: JOAO VITOR DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

www.caixa.gov.br

(SAC CAIXA)

Serviço de Atendimento ao Consumidor

Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 77 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.





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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022954

Vítima: JOAO VITOR DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO VITOR DA SILVA

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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOAO VITOR DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000025429-4

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022954

Vítima: JOAO VITOR DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO VITOR 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 15368133



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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO VITOR DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000025429-4

Nr. da Autenticação 04DACE31152D5A93



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022954 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VITOR DA SILVA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.5_CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019585/20

Vítima: JOAO VITOR DA SILVA

CPF: 047.468.714-77

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 23/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO VITOR DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOAO VITOR DA SILVA : 047.468.714-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: JOAO VITOR DA SILVA
CPF: 047.468.714-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

JOAO VITOR DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA:

Prontuário: 174725

CNS:

Idade: 37 Anos

Sexo: MASCULINO

Nome: JOAO VITOR DA SILVA

Nascimento: 23/09/1981

Est.Civil: CASADO(A)

End.: VILA LUIZ OTAVIO

Nº: 92

Bairro: CENTRO

CEP: 55820000

Município: LAGOA DO CARRO

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 5840668

Mãe: MARIA LUZINETE HONORIO

Pai: JOAO VICENTE DA SILVA

Tel.: 81 915013116

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

23/09/2018 18:32 109336

ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Queda de noz
e fratura de ulna
estendida.

* fratura isolada
do antebraço
fratura da
ulna e do rádio

TRATAMENTO:

Imobilizar
com gesso

acompanhamento
ambulatorial
e fisioterapia

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de ulna e rádio

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

Fratura do rádio e ulna

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 23/09/2018 18:32:42

João Ricardo P. Pennuc
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1742

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO		
CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:			MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA		HORÁRIO:
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO	

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO

Ata, Maria dos Graças da
Pia Pessoa de Almeida
Tabela Tabelar

certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me
foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 3.00; TARE R\$
0.48; FISC R\$ 0.34; FERN R\$ 0.03; FURSU R\$ R\$ 0.07; ISS R\$ 0.07

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

Limoeiro-PE - 09/12/2019 17:14:19 - Cod Op. 24. Em Teste

Substituta

Selo: 5073726.0E309201901.03785

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
16/11/2020



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:
JOÃO VITOR DA SILVA

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

23/09/2018

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

23/09/2018

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS

CRM: 11695-PE

LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

[] SIM

[X] NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO BRAÇO DIREITO.

2º CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

LOCAL: SURUBIM-PE

DATA: 05/12/2019

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/01/2020

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **JOÃO VITOR DA SILVA**, 38 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 23 de setembro de 2018 que resultou em fratura da diáfise do úmero esquerdo. Foi submetido a tratamento conservador com imobilização gessada. Evoluiu com dor, limitação funcional e consolidação viciosa da referida fratura.

Surubim, 5 de dezembro de 2019
17:32:19

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
13/01/2020

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br



1. Anamnese (16/10/2018) - Idade: 37 anos e 23 dias
Anamnese Completa

Q.D. - H.M.A.:

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO COM 20 DIAS DE EVOLUÇÃO;

ANSIEDADE; SÍNDROME DO PÂNICO;

CD: PINÇA DE CONFEITEIRO; MAXSULID; VENLAXIN 75MG.

2. Retorno (23/10/2018) - Idade: 37 anos e 1 mês
Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;

RETIRADA IMOBILIZAÇÃO GESSADA;

MELHORA DA DOR E EDEMA; MOBILIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA

RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;

CD: TROCAR PINÇA DE CONFEITEIRO; VOLTAR COM 15 DIAS.

3. Retorno (20/11/2018) - Idade: 37 anos e 1 mês e 27 dias
Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;

RETIRADA IMOBILIZAÇÃO GESSADA;

MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES

RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;

CD: MANTER IMOBILIZAÇÃO; SOLICITO CONFECIONAR TUTOR DE PVC DE SARMIENTO.

4. Retorno (08/01/2019) - Idade: 37 anos e 3 meses e 15 dias
Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;

RETIRADA IMOBILIZAÇÃO;

MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES

RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;

CD: VOLTAR COM 30 DIAS. INICIAR MOVIMENTOS LEVES COM O MSE.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
13/01/2020

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11595

18/12/19

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br



5. Retorno (12/02/2019) - Idade: 37 anos e 4 meses e 19 dias
Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;
RETIRADA IMOBILIZAÇÃO;
MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES
RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;
CD: MANTER IMOBILIZAÇÃO; VOLTAR COM 45 DIAS.

6. Retorno (23/04/2019) - Idade: 37 anos e 7 meses
Retorno

Queixa Atual:

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA;
RETIRADA IMOBILIZAÇÃO;
MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES
RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO FINAL;
CD: SOLICITO FISIOTERAPIA.

7. Anamnese (05/12/2019) - Idade: 38 anos e 2 meses e 12 dias
Anamnese Completa

Queixa, Duração e História da Moléstia Atual:

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
13/01/2020

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o **Sr. JOÃO VITOR DA SILVA**, 38 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 23 de setembro de 2018 que resultou em fratura da diáfise do úmero esquerdo. Foi submetido a tratamento conservador com imobilização gessada. Evoluiu com dor, limitação funcional e consolidação viciosa da referida fratura.

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDIA
CRM 11695


12/12/19

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITUAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1103845610

NOME
JUAO VITOR DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CNH / EMBOCA / UP
5840668 SSP PE

CPF
047.469.714-77

DATA NASCIMENTO
23/09/1981

PLACAO
NAO DECLARADO

MARIA LUIZINTE HONORIO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A.B.

PROBADO
02119628899

VALIDADE
05/07/2020

PROBADO
05/12/2001

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do titular

LOCAL
CANGARU - PE

DATA EMISSÃO
06/07/2015

Assinatura do titular

54562085678
PE067386776

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROBADO PLASTIFICAR
1103845610

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/01/2020

