



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
64268 932	07/07/2020 11:10	<u>ANEXO 1</u>	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, marcôlo vitor da silve

RG nº 5.840.668, data de expedição 08/07/15, Órgão SSP/PE.

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. Ruiz Otávio Guerra</u>
Número	<u>105 B</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vila Luiz Otávio</u>
Cidade	<u>Dagor do Lago</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>5820.000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marcôlo.assessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Corpus, 24/12/2019

Assinatura do Declarante:

marcôlo VIT. Silv



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

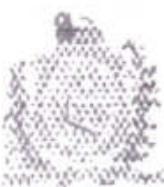
COMPANHIA ENERGÉTICA DE FERNAMBUÇO
AV. JOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE-PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0009642026



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes: 0800 281 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 2257
Ligação Gratuita de Telefones Fijos
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
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	DATA DA APRESENTAÇÃO 25/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
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	CONTAS CONTRATO 7009642026	MÊS/ANO 11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
	TOTAL A PAGAR R\$ 73,35	VENCIMENTO 02/12/2019	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
838500000008 733500110078 009642026100 143310593530			





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 056^ª CIRCUNSCRICAO - LAGOA DO CARRO - DP56^ªCIRC de Lagoa do Carro
DINTER1/11^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0146000850

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, ZONA RURAL- CHÂ 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 VÍTOR DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO VÍTOR DA SILVA

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

JOÃO VÍTOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mês: **MARIA LUZINETE HONORIO** Data de Nascimento: **23/8/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SEPARADO(A)** Escalão: **2º GRAU COMPLETO** Professor: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 92 - CEP: 55000-000 - Bairro: LUIZ OTÁVIO GUERRA - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

IVANILSON MARIANO DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **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 VÍTOR DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN K6** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Crenelado: **(UN)DÁDE NÃO INFORMADA**

http://C/Usar/Policia.civil/infopj/inf/DOCPreview.html

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
13/11/2020

12



UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES

Marca: **KUGA4930** (PEHN-MH) (CG/NÃO INH-OKMAU) Renavam: **988268858** Chassi: **9C2KC08198R319369**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. JOÃO VÍTOR 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 FEIJÃO; O FATO OCORREU PORQUE UM VEÍCULO QUE ESTAVA A SUA FREnte REPENTINAMENTE E PARA NÃO COLIDIR COM O MESMO TENTOU DESVIAR, MAS BATEU NUMA CERCA DE ARAME FARPADE SOFRENDO ESCORIAÇÕES 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 UMBURÉ JOSÉ FERNANDES SALSA PARA REALIZAÇÃO DE OUTROS EXAMES QUE ERAM NECESSÁRIOS; DEPOIS ELE CONTINUOU TRATAMENTO NO IRM (INSTITUTO ROBERTO MATEUS) LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE SURUBIM-PE; NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

JOAO VITOR DA SILVA
(VITIMA)

D.O. revisado por: **HUÍS FERNANDO BARBOSA VENGA** - Matrícula: 221350-8

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/2020



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

042.468.714-77

4 - Nome completo da vítima:

José Vitor da Silve

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

José Vitor da Silve

7 - Profissão:

revisor

8 - Endereço:

r. Jus. Otávio Guerra

6 - CPF:

042.468.714-77

9 - Número:

105B

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Luiz Otávio

12 - Cidade:

Taguatinga do Ceará

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$2.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2551

CONTA: 053

25429

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 preenchimento 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varas/ser):

Sim

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

34 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte, àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

35

Impressão digital da assinatura de quem assina o rogo/a pedido

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

36 - Local e Data:

Qeipane, 24/12/2019

X/07 VHS

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EM FIM DE PÁGINA

TESTEMUNHADO





AUTODATENDIMENTO - AG. TORITAMA
DATA: 05/12/2019 HORA: 13:37:05
TERMINAL: 25511822 CONTROLE: 255118220512

AGENCIAS: 2551 - TORITAMA, PE
CONTA : 013.00025429-4
CLIENTE: JOAO VITOR PAES SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA) www.caixa.gov.br



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

042.468.714-77

4 - Nome completo da vítima:

José Vitor da Silve

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

José Vitor da Silve

7 - Profissão:

revisor

8 - Endereço:

r. Jus. Otávio Guerra

6 - CPF:

042.468.714-77

9 - Número:

105B

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Luiz Otávio

12 - Cidade:

Taguatinga do Ceará

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:

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$2.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2551

CONTA: 053

25429

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

(Informar o dígito de verificação)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 preenchimento 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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 (varascer):

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 Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte, àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34

Impressão digital da assinatura de quem assina o rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Qeipane, 24/12/2019
X/02/12/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EM FIM DE PÁGINA



AUTOMATIZADO - AG. TORITAMA
DATA: 05/12/2019 HORA: 13:37:06
TERMINAL: 25511022 CONTROLE: 255110220412

AGENCIAS: 2551 - TORITAMA, PE
CONTA : 013.00025429-4
CLIENTE: JOAO VITOR PA. SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

serviço de Atendimento ao Consumidor
(SAC CAIXA) www.caixa.gov.br





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, retorno 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

Pag. 01873/01874 - carta_01 - INVALIDEZ



00020937

Carta nº 15368133



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 11:10:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070711104657600000063078901>
Número do documento: 20070711104657600000063078901

Num. 64268932 - Pág. 11

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 11:10:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070711104657600000063078901>
Número do documento: 20070711104657600000063078901

Num. 64268932 - Pág. 12

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: JOAO VITOR DA SILVA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

Prontuário: 174725 CNS:

Nome: JOAO VITOR DA SILVA
End.: VILA LUIZ OTAVIO
Municíp. LAGOA DO CARRO
Mãe: MARIA LUZINETE HONORIO
Profissão:

Cor/Raça: PARDO

Nº: 92

Idade: 37 Anos
Nascimento: 23/09/1981
Bairro: CENTRO
Nac.: BRASILEIRA
Pai: JOAO VICENTE DA SILVA
Responsável:

Nº OCORRÊNCIA:

Sexo: MASCULINO
Est.Civil: CASADO(A)
CEP: 55820000
Doc nº: 5840668
Tel.: 81 91501318

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:

Queixa de dor
of braço de varão
estendido.

↑ Faseante dolorosa
PTO anterossuperior
Fratura glenohumeral
5º degrau condensar

TRATAMENTO:

O I mobil for
Pres conforto

Acomodar braço
Autrolatoris C-prato
ptc conforto

EXAMES COMPLEMENTARES:

re mape / pcp

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

Fratura glenohumeral

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA INTERNADO

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

TÉCNICO / COREN

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

MÉDICO / CRM

REMOVIDO:

<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA

HORÁRIO:

ÓBITO:

ás _____ h _____ m do dia _____

DATA SÁIDA:

HORA SÁIDA:

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

João Ricardo P. Pennuci
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 7142

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

SERVÍCIO NOTARIAL GRACAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO
RUA JOAQUIM JOAQUIM PINTO, 1710, CENTRO, LIMOEIRO-PE, CEP: 56700-000 - FONE: (81) 3408-4712 - FAX: (81) 3408-4399
Certifico que a presente cópia é a reprodução fidedigna do original que me
foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Valor R\$ 3,00 - Taxa R\$
0,48. FIMC R\$ 0,34. FERN R\$ 0,03 FURB R\$ 0,07. ISS R\$ 0,07
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital
Limoeiro-PE 09/12/2018 17:14:19 - Cod Op 14 - Em 1º

(Assinatura) de verdade. EU, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
substituta

Tel: 0813726.08309201901.03785

(Assinatura)

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/12/2018



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 DIAFISE DO ÚMERO ESQUERDO	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? 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 ÀS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: SURUBIM-PE

DATA: 05/12/2019

ASSINATURA E CARIMBO

ROBERTO MATEUS
ORTOPÉDIA
CRM 11695

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

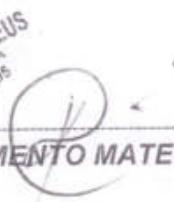
KOTE SEGUROS
Erica Araujo
07/01/2020



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 DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/10/2020

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 GESELLA;

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 GESELLA;

MELHORA DA DOR E EDEMA; LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES

RX: FRATURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO;

CD: MANTER IMOBILIZAÇÃO, SOLICITO CONFECCIONAR 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. INICAR MOVIMENTOS LEVES COM O MSE

KOTE SEGUR
Erica Araujo
18/12/2020

ROBERTO MATEUS
ORTOPÉDIA
CRM 11695

18/12/19

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 11:10:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070711104657600000063078901>
 Número do documento: 20070711104657600000063078901

Num. 64268932 - Pág. 18

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
Valid/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
ORTOPÉDIA
CRM 11895
12/12/19

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





KOTE SEGUROS
Erica Araujo
14/11/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 11:10:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070711104657600000063078901>
Número do documento: 20070711104657600000063078901

Num. 64268932 - Pág. 20