



Número: **0021233-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>PAULO HENRIQUE PEREIRA (AUTOR)</b>	<b>RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64847 847	17/07/2020 14:11	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

## 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Renato Cézar M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232-004 / 55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Henrique Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.772.754 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Paulo Henrique Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.772.754 / 45, 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		Número	Complemento
<u>Av Bernardo Viera de Melo</u>		<u>1551</u>	<u>Nala 01 - Féveo</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Predade</u>	<u>Javaatão dos Guararapes</u>	<u>PE</u>	<u>54410-010</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	
<u>renatocesar01@outlook.com</u>	<u>-</u>	<u>(81) 99543-4554</u>	

Recife, 03 de maio de 2020  
Local e Data

Renato Cézar M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante







NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Centro Energético de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE, CEP: 50150-902  
CNPJ: 10.832.835/0001-08 (Int. Ed. 01-943-97) | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

CPF: 038 232 004-55

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

NOTA FISCAL	MESES	LINHAS
078881347	UNCA	23/09/19
REPRESENTANTE	APENAS CONSUMO	078881347

23/09/2018 20/10/2020 1847018

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551  
AP-01

FIDEIADE/PRÄZERES  
JABOTATÓ DO GUARARAPES PE  
54410-010

DATA CONTRATO	MÉS
7025325626	09/2019
DATAS DE REFERÊNCIA	DATA REFERENCIAL
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	211.000000	0,77952200	164,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			37,81
ICMS Subvenção CDE-NF 070902926-24/07/19			1,26

TOTAL DA FATURA: 215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
081630219	CAT	21/08/2019	9.360,00	23/09/2019	9.174,00	30	1.00000		215,00

INFORMAÇÕES DE CONSUMO

Notícias Wh:	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)	%
NET 19 - 211			0,77952200	164,47	0,77952200	164,47
ACR 19 - 214			ICMS	11,87	ICMS	11,87
AA 19 - 177			PIB	37,81	PIB	37,81
AB 19 - 323			COFINS	1,26	COFINS	1,26
MA 19 - 286						
ABR 19 - 291						
WAK 19 - 210						
PEV 19 - 385						
JAN 19 - 178						
SEZ 19 - 276						
NOV 19 - 201						
SET 19 - 216						
SET 19 - 201						

38PB 9458 4840 ECCD A31B 31B0 55ED FF30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço que informe para o consumidor que a utilização indevida da energia elétrica pode comprometer a tarifa de energia elétrica e os serviços de fornecimento de energia elétrica. A tarifa de fornecimento de energia elétrica é estabelecida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CNPDS) e é aplicada a todos os consumidores de energia elétrica. A tarifa de fornecimento de energia elétrica é estabelecida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CNPDS) e é aplicada a todos os consumidores de energia elétrica.

DURADOURA E PREVISÃO DA INFLAÇÃO				TÍTULOS DE INVESTIMENTO			
Consumo	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	LIMITES INFLACIONÁRIOS	VALOR NOMINAL (R\$)	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)
000	0,00	1,00	0,00	200	200	200	0,00
100	0,00	1,00	0,00	200	200	200	0,00
200	0,00	1,00	0,00	200	200	200	0,00

LINHA DE BASE: 12,22 BÁSICO: Custo de fornecimento de energia elétrica + R\$ 0,00

NOTA FISCAL: 7025325626 MÊS: 09/2019 DATA DE REFERÊNCIA: 30/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$): 215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270265423-8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC  
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0163000129**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2020** às **15:13**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **1/2/2020** às **03:40**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, ENGENHO PALMA - NESTE MUNICIPIO**

- Bairro: **CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES ( AUTOR \ AGENTE )  
PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA ( NOTICIANTE )  
PAULO HENRIQUE PEREIRA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES

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

**PAULO HENRIQUE PEREIRA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA** Pai: **PAULO JOSE ALMEIDA FILHO** Data de Nascimento: **24/3/1997** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9970435/SDS/PE (RG), 07777275445 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: - **987766376**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, RUA MARIA GORETE N° 451 - GRANJA SANTA GORETE - BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ISABEL RODRIGUES ALVES** Pai: **JOSE ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **26/8/1996** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10128946/SDS/PE (RG), 13007306418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOBOM** Telefones Celulares: - **987766376**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, ENGENHO ILHETRINHA - ZONA RURAL DE BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **IRACEMA ROQUE PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSE GERALDO PEREIRA** Data de Nascimento: **15/11/1980** Naturalidade: **BARREIROS /**

11/03/2020 15:15

1 of 2

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171411157500000063638257>

Num. 64847847 - Pág. 4

Número do documento: 2007171411157500000063638257

PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6833944/SDS/PE (RG), 06325540450 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:  
- 987766376

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, RUA SANTA GORETE - N° 451 - GRANJA SANTA GORETE .  
BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES**, que  
estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEU9007** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **461469030** Chassi: **9C2KC1650CR537860**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**INFORMA A SRA, PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA, QUE SEU FILHO PAULO HENRIQUE PEREIRA, QUANDO ESTAVA DE CARONA NA MOTO DE PLACA PEU- 9007, DE PROPRIEDADE E CONDUZIDA POR GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES, NA PE-60, EM TERRAS DO ENGENHO PALMA, NESTE MUNICIPIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAINDO CAUSANDO LESOES NA CABEÇA, DO SR PAULO HENRIQUE PEREIRA, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OLIMPIO MACHADO, ONDE RECEBEU O PRIMEIRO SOCORRO NESTE MUNICIPIO, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, FICANDO INTERNADO PARA TRATAMENTO MEDICO.**

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

*Patrícia Maria Pereira da Silva*  
**PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA**  
**(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **MARIO JULIO DO REGO FILHO** - Matrícula: **1345758**

11/03/2020 15:15

2 of 2

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171411157500000063638257>  
Número do documento: 2007171411157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do acidente ou AGL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:  
 077.772.751-45 Paulo Henrique Pereira

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

Nome completo	CPF
Paulo Henrique Pereira	077.772.751-45
Endereço	Número
Derneupegado Rua Nta Maria Góte	451
Bairro	Complemento
PS de Goiti	-
Cidade	CEP
Barreiros	95560-000
E-mail	Tel. (DD) (81) 99543-4552
matheus.alheiros@outlook.com	

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:  
 RECLUSO 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: 2124 CONTA: 61227 0 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

**Autorizo** a seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização referente ao seguro DPVAT, a que me tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e automaticamente, a utilização da crédito, após o 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  (assinar 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.

Peço motivo aclarado, solicitando o presteamento da análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação remetida, constatando, desde já, em me submeter a avaliação médica da seguradora, com para verificação da existência e quantificação das lesões permanecentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.138/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestá-la, caso descreva do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos:  Sim  Não Se tem filhos, informar quantos vivos: Falecidos: Vítima deixou herdeiro (a) vivo(s):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivo(s):  Sim  Não

Estou ciente de que a seguradora Lider exigirá, caso dirija a indenização do seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua identidade, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Recife, 03/03/2020	TESTEMUNHAS
Nome:		1º   Nome: _____
CPF:		CPF: _____
		Assinatura
		2º   Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SELAROGO, na presença de 2 (dois) testemunhas literárias e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ato feito do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FPS 001 V001/2016

Scanned with CamScanner





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do laudo ou AG: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

077.772.754-45

Paulo Henrique Pereira

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

Nome completo: **Paulo Henrique Pereira**  
 Profissão: **Desempregado** Endereço: **Rua Nta Maria Góete**  
 Bairro: **PS de Góete** Cidade: **Barreiros** Estado: **PE**  
 Email: **renatomaheiros@gmail.com** CPF: **077.772.754-45**  
 Número: **451** Complemento: **-**  
 CEP: **55560-000**  
 Tel (DDD): **(81) 99543-4554**

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:  
 RECLUSO 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 (todas as bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **2124** CONTA: **61227** 0 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (informar o dígito de exata) (informar o dígito de exata) (informar o dígito de exata) (informar o dígito de exata)

**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, o consentimento para a efetivação do crédito, naquele total do valor recebido do

**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 o fim 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 129/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordâncio com a futura ação judicial ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**INVALIDEZ PERMANENTE****MORTE****DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúva 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 vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intérprete do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPS 001 V001/2018

Scanned with CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200144861**      **Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA**

**Data do Acidente: 01/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15738388

Pag. 01483/01484 - carta\_07 - INVALIDEZ



00040742



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 8



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200144861**      **Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA**

**Data do Acidente: 01/02/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA**

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, contados 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 15705379

Pag. 00235/00236 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020118



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 9

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20

**Número do Sinistro:** 3200144861

**Vítima:** PAULO HENRIQUE PEREIRA

**CPF:** 077.772.754-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/02/2020

**Titular do CPF:** PAULO HENRIQUE PEREIRA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55**

Procuração

### 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](http://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: 23/04/2020  
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI  
CPF: 039.232.004-55

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

\_\_\_\_\_  
RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

\_\_\_\_\_  
JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 10

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20

**Vítima:** PAULO HENRIQUE PEREIRA

**CPF:** 077.772.754-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/02/2020

**Titular do CPF:** PAULO HENRIQUE PEREIRA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55**

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

**PAULO HENRIQUE PEREIRA : 077.772.754-45**

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](http://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: 13/04/2020  
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI  
CPF: 039.232.004-55

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

\_\_\_\_\_  
RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

\_\_\_\_\_  
Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 11

**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A**  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro  
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Às  
Seguradoras Consorciadas

**Assunto: Projeto Movimentação Remota – Identificação de Sinistros pendenciados com possibilidade de prosseguimento por meio de ações que independem de contato presencial**

Prezados Senhores,

1. Como é de conhecimento de todos, em 7/2/2020, foi publicada a Lei 13.979, de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e indica as condições para aplicação de isolamento e quarentena, conforme o caso.
2. Em 20/3/2020, foi publicada a Medida Provisória nº 926, de 2020, que alterou a referida lei para, dentre outros temas, permitir às autoridades, no âmbito de suas competências, a adotar medidas de restrições à circulação de pessoas, resguardando o exercício e funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais. Ainda nessa data, o Decreto Legislativo nº 6, de 2020, estabeleceu estado de calamidade pública em razão da emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19).
3. Diante desse cenário de restrição à circulação de pessoas e de concentração de esforços para o atendimento às pessoas com suspeita ou comprovada contaminação pelo Covid-19, entendemos que os beneficiários do Seguro DPVAT poderiam ter nos recursos providos por esse seguro um apoio nesse momento de grande dificuldade para toda a sociedade. Por outro lado, poderiam esses mesmos beneficiários encontrar dificuldades na obtenção de documentos que foram objeto de pendenciamento em sinistros já avisados e cujos prazos estavam interrompidos.
4. Da análise das bases de dados e documentos relativos à regulação de sinistros, identificou-se que alguns documentos, ou informações pendentes, poderiam ser fornecidas pelos interessados sem a necessidade de deslocamento a quaisquer órgãos, ou obtidas pela Seguradora Líder com o uso de tecnologia.
5. Nesse contexto e visando dar prosseguimento a regulação desses sinistros, a Seguradora Líder desenvolveu o Projeto Movimentação Remota (“Projeto”) que é composto por uma série de análises e ações diferenciadas em relação àquelas atualmente adotadas na operação do Seguro DPVAT, e que serão utilizadas somente enquanto perdurar o cenário de quarentena e a limitação de circulação de pessoas em razão da pandemia da COVID-19.
6. Cabe destacar que, como as ações da seguradora não devem estimular o deslocamento e o contato presencial de pessoas, foram selecionados apenas sinistros que possam ser movimentados por meio de ações remotas.
7. Sendo assim, serve o presente Comunicado para convidá-los a participar desse Projeto pioneiro e desafiador que dependerá de um esforço conjunto e da parceria entre a Seguradora Líder e



**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.**  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro  
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Seguradoras Consorciadas para atuação nos sinistros administrativos pendenciados na etapa de regulação, com a finalidade de se buscar a finalização dos processos e, quando pertinente, o pagamento das respectivas indenizações, mediante o exame do conjunto probatório de todo o processo de sinistro e a verificação do direito do Beneficiário.

8. A participação no Projeto é simples e inicia-se com o envio à Consorciada de grupos de sinistros que serão organizados com base no tipo de documento que será tratado pela Seguradora Líder. Em seguida, caberá à Consorciada realizar a movimentação do processo para “Concluir Regulação”. Caso, eventualmente haja alguma outra providência operacional a ser tomada no SISDPVAT, será enviado e-mail com os sinistros e os respectivos esclarecimentos acerca das medidas necessárias para movimentação.
9. Esclarecemos, por fim, que a seleção dos processos de regulação inseridos no Projeto, considerando as premissas expostas, já foi realizada pela Seguradora Líder. Logo, não será permitida a indicação de outros casos pelas Consorciadas, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto em relação aos sinistros:
  - (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
  - (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.
10. Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação dos sinistros avisados durante o período determinado deste projeto.
11. Em breve, iniciaremos o envio dos grupos de sinistros a cada Consorciada com instruções complementares.
12. Contamos com o empenho e agilidade das equipes envolvidas no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.
13. As dúvidas deverão ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br) e no assunto, deve constar: **Projeto Movimentação Remota**.

À disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários, contamos com a colaboração de todos.

Atenciosamente,

  
Diretoria de Operações e Tecnologia da Informação - DOPTI  
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: PAULO HENRIQUE PEREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 9.970.435 SSP/PE

CPF: 077.772.752-45

Profissão: DESEMPLACADO

Endereço: RUA STA MARIA FOREIRA NO 1515 PSF DE FOREIRA, BARRREIRO-PE

CEP: 55560-000

Telefone: (86) 9 9543-4554

### OUTORGADO:

Nome: RENATO PESAR MUNHEIROS CAVALCANTI

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 6162609 SSP/PE

CPF: 039.032.004-55

Profissão: ADVOGADO

Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELLO 1515, SUL, TERREO, DIEDR DE PE

CEP: 55570-010

Telefone: (86) 9 9523-1554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

BARRREIRO-PE

2020

Local e data

Paulo Henrique Pereira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Scanned with CamScanner



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200144861      **Cidade:** Sirinhaém      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO HENRIQUE PEREIRA      **Data do acidente:** 01/02/2020      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE GLASGOW 10 P1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @3 4 5 6 9

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO A NÍVEL AMBULATORIAL;

**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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>

Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 15

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20

**Vítima:** PAULO HENRIQUE PEREIRA

**CPF:** 077.772.754-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/02/2020

**Titular do CPF:** PAULO HENRIQUE PEREIRA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55**

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

**PAULO HENRIQUE PEREIRA : 077.772.754-45**

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](http://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: 13/04/2020  
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI  
CPF: 039.232.004-55

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

\_\_\_\_\_  
RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

\_\_\_\_\_  
Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 16

**FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA**

DATA: 01/02/2020 CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_  
HORA DE ENTRADA: 04:19 HORA DE SAÍDA: \_\_\_\_\_ REGISTRO: 442 794

NOME: Paulo Henrique Pereira IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
ENDERECO: Rua de Górate  
DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1997 CIDADE: Banheira U.F: PE  
FILIAÇÃO: PAI: IDADE: 22 anos SEXO:  M  F  
MÃE: Patrícia Maria Pereira de Souza  
RESPONSÁVEL:

**TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL**

PA: 100x60 PESO: 58 FC: 73  
T: 36.5 HGT: 170 FR: 20

**HISTÓRIA CLÍNICA**

EXAME FÍSICO: Quedas de Motocicleta com  
Otorrinite (2), ECG 10, Seta 99% 02

EXAMES SOLICITADOS: EEG (encefalo), Sua cateter  
Sinal clínico de banho

H.D: TCE grau

**CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Maurício 200 ml  
SRL 1000 ml

MÉDICO(A):

*Cristopher Cavalcanti*  
Coordenador Médico  
Hospital Sirinhaém  
Mat. 26008 TCRM-PE 19878



**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:**

**EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÃO**

**MEDICAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS**

DESTINO DO PACIENTE: INTERNADO ( ) ÓBITO ( ) ALTA ( ) HORARIO: \_\_\_\_\_  
TRANSFERIDO PARA: \_\_\_\_\_

ASS. MÉDICO(A)

ASS. ENFERMEIRO (A)

ASS. TEC. DE ENFERMAGEM

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO**

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ N° DE IDENTIDADE/CPF: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171411157500000063638257>  
Número do documento: 2007171411157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 18

**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: 1544171

Nome: Paulo Henrique Pereira

Foi atendido às 6:35 hs. do dia 01/02/2020

Diagnóstico Próvel: Lesão axonal difusa,  
TCE.  
Paciente não apresenta lesão  
neurocirúrgica

Evoluiu seu intercorrência  
durante o internamento hospi-  
Talar.

Tratamento Realizado: Suprimento Clínico.

Paciente com sequela de lesão  
axonal difusa, com tempo de  
recoveração indefinido (poder-  
ão chegar a 6 meses). Seu indi-  
cado de tratamento específico,  
deverá ter processo de recupera-  
ção em domicílio com supor-  
te clínico do PEF e/ou

Observação: Unidade Mista da cidade de  
Cópia de: Unidade Mista da cidade de  
Médico - CRM Nº Adilson Souza Jr.  
CRM 128377  
Origem: 06/02/2020

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

Cód. 0157

Scanned with CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
Clínica:	Box/Leito/Enfermaria:

PAU DD

Paulo Henrique Pereira

CID: S06.9  
S06.2

Tomografia de  
Crânio = lesão axonal  
difusa

Consequência: paciente  
apresenta letargia  
com retardo psicoso-  
tor. Prazo de recupera-

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

Scanned with CamScanner



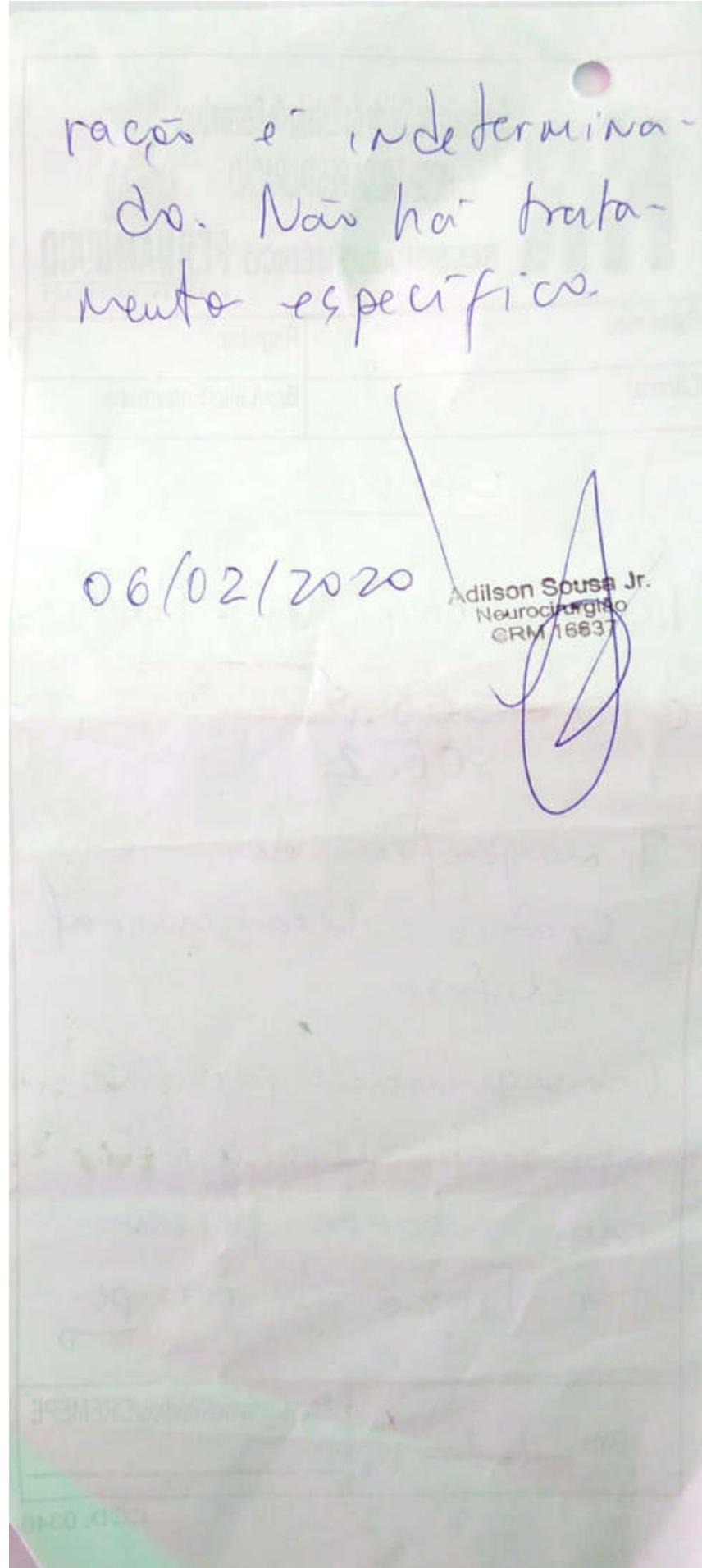
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 20

rações e é indeterminado. Não há tratamento específicos.

06/02/2020

Adilson Sousa Jr.  
Neurocirurgião  
CRM 16637



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 21



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: USF STA CORDE  
Nome do Paciente: PAULO AGNIRIOUE PERGIRA Idade: \_\_\_\_\_

LAUDO MÉDICO

Atestado para devidos fins que  
o paciente supracitado é  
acompanhado pela USF, após  
TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO  
GRAVE, TENDO SEQUELAS  
como AMNÉSIA (CID R41),  
ASSIMETRIA CRANIANA (R67.0),  
TONTURA PERSISTENTE (R42),  
DISFUNÇÃO PALPEBRAL (H02) e  
OUTRAS SEQUELAS (T90).

04/03/2020

DATA

Dr. Jurandir Teles M. Junior  
Médico - Mais Médicos  
RMS 2601058/PE

CRM/CRO/COREN



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: 1544171

Nome: Paulo Henrique Pereira

Foi atendido às 6:35 hs. do dia 01/02/2020

Diagnóstico Próvel: Lesão axonal difusa,  
TCF.

Paciente não apresenta lesão  
neurocirúrgica

Evoluiu seu intercorrência  
durante o internamento hospi-  
talar.

Tratamento Realizado: Suprimento clínico.

Paciente com sequelas de lesão  
axonal difusa, com tempo de  
recuperação indeterminado (poden-  
do chegar a 6 meses). Seu indi-

Observação: cacos de tratamento específicos,  
deverá ter processo de recupera-  
ção em domicílio com supor-

Cópia de: fe clínicos do PEF e/ou  
Unidade Mista da cidade de  
Origem. 06/02/2020

Médico - CRM Nº

Adilson Souza Jr.  
Neurocirurgião

CRM 18837

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

Cód. 0157





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO



ESTADO DO PERNAMBUCO

Paciente:

Páulo Henrique

Registro:

Clinica:

Pereira

Box/Leito/Enfermaria:

Vítima de  
acidente motociclistico.  
Estava internado  
no HR de dia

01/02/20 a 06/02/20

AD: Lesão axonal  
difusa

1895 119 LIRA  
CENTENARIA 2014

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Data 06/02/20

COD. 0340

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 24



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Paulo Henrique

Registro:

Clinica:

Pereira

Box/Leito/Enfermaria:

Vítima de  
acidente motociclo-  
tico.

Estar internado  
no HR do dia

01/02/20 a 06/02/20

AD: Lesão axonal  
difusa

ISABEL MILLA LIMA  
CR.MED/PE 20148

Data 06/02/20

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 25



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO



Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

RAU DD

Paulo Henrique Pereira

CID: 506.9

506.2

Tomografia de  
Crânio = lesão axonal  
difusa

Consequência: paciente  
apresenta letargia  
com retardo psicomotor. Prazo de recuperação

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

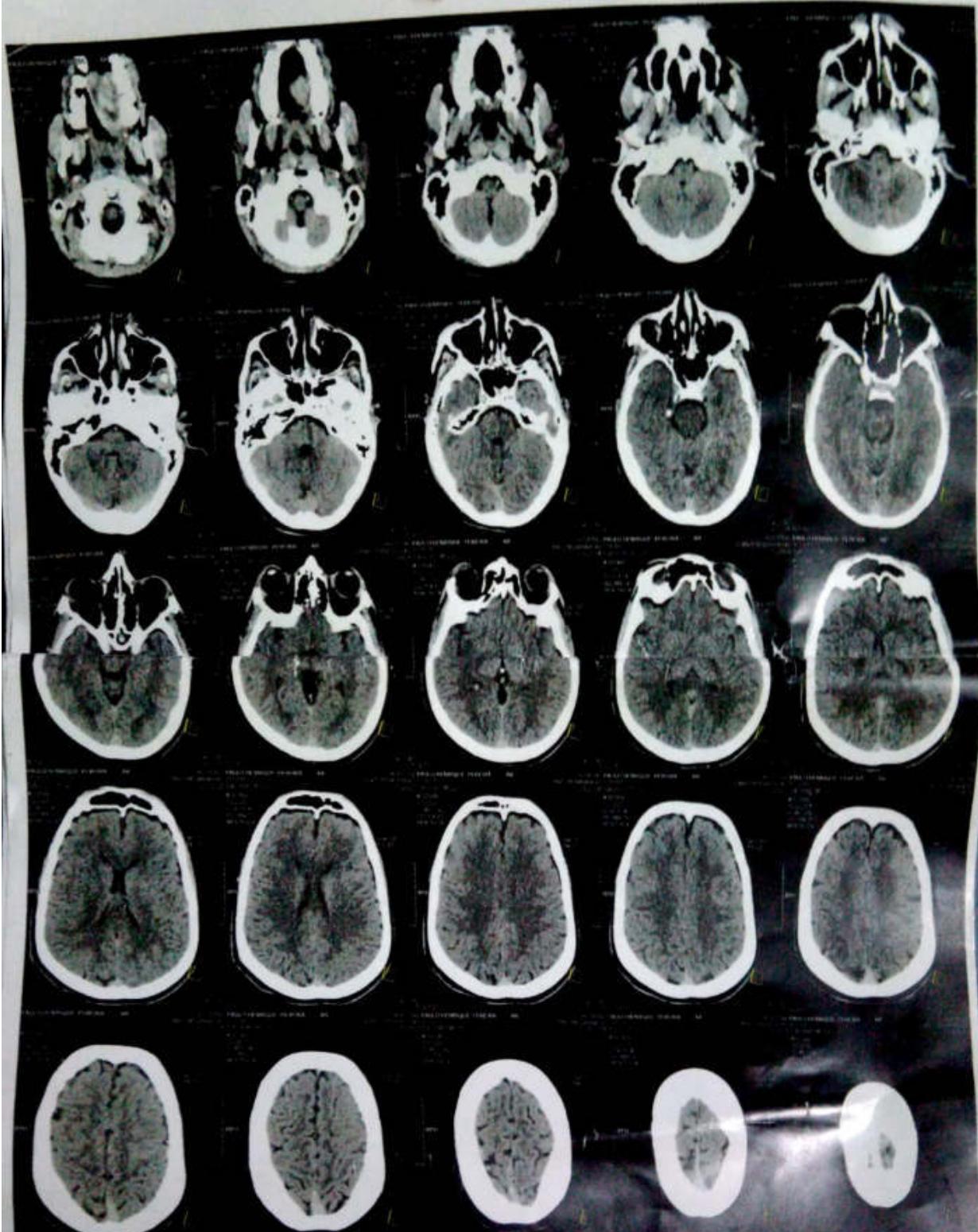
COD. 0340



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 26

Scanned with CamScanner



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 27



Rua Assis Chaves, 5/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 28



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 29



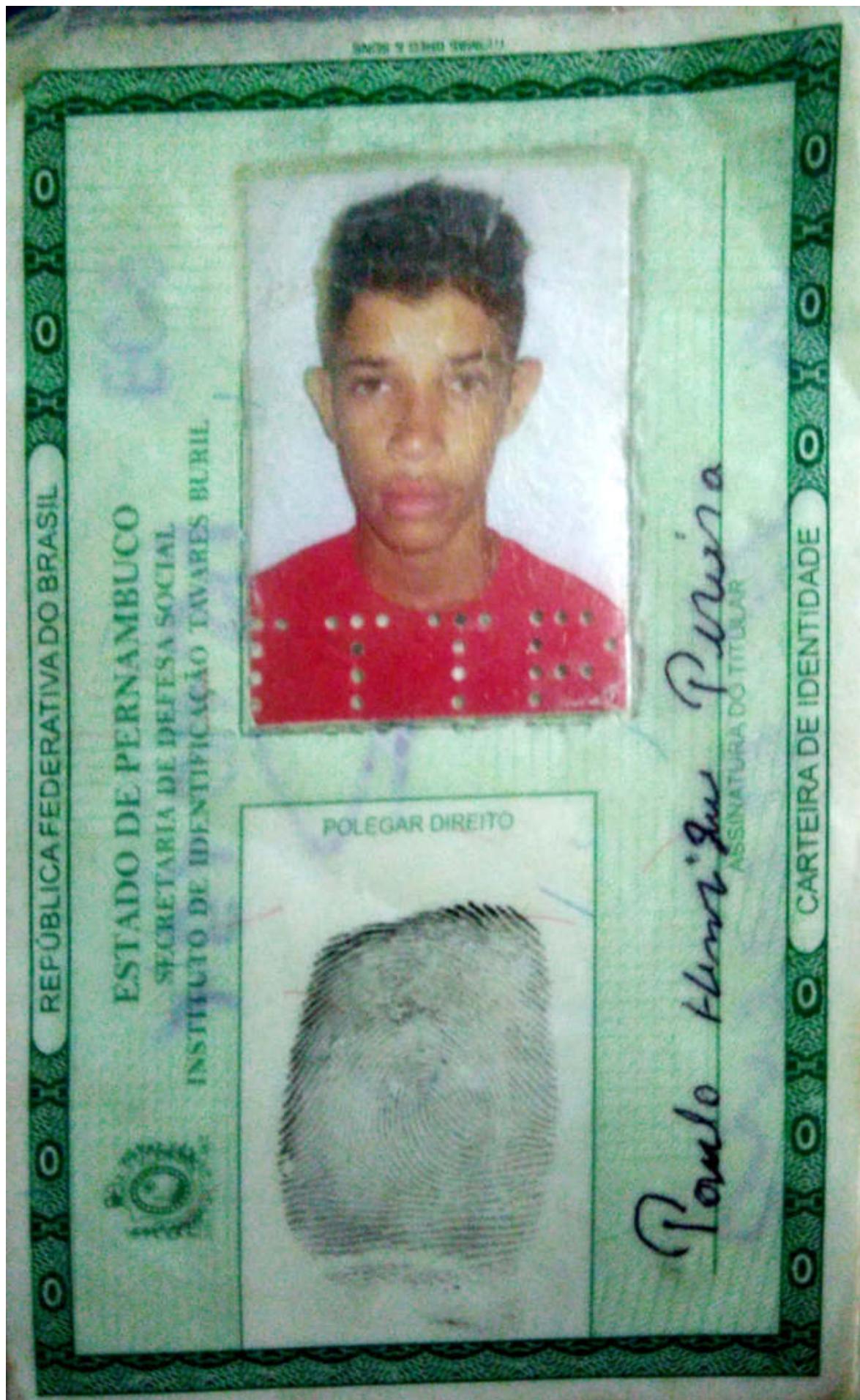
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 30

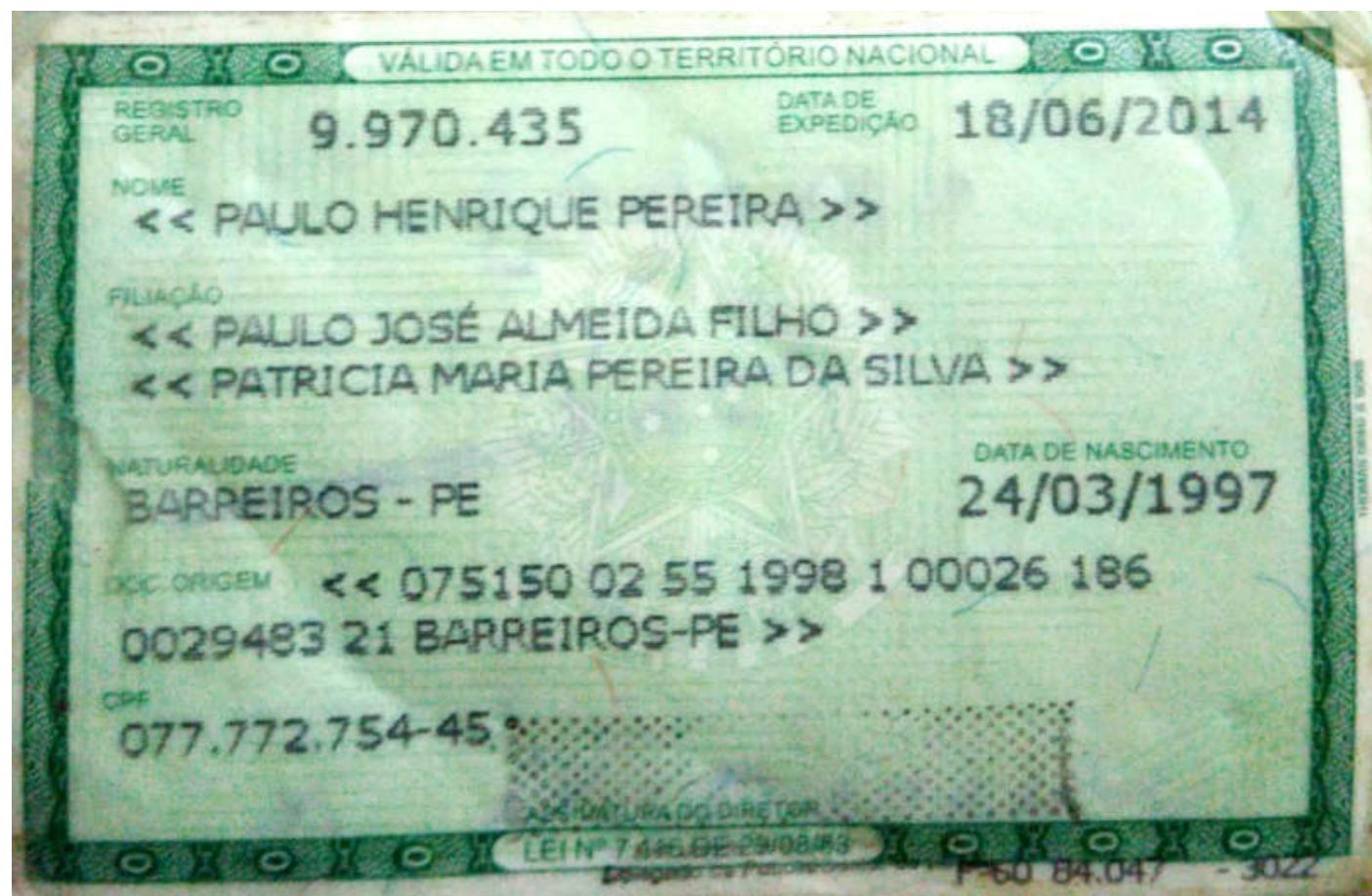


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 31



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 32



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/07/2020 14:11:11  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071714111157500000063638257>  
Número do documento: 20071714111157500000063638257

Num. 64847847 - Pág. 34