

---

**Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200173799**

**Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**

**Data do Acidente: 11/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), CHRISTIANO DUARTE 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, 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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173799

Vítima: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Data do Acidente: 11/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000005196

Conta: 0000029670-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 856.791.604-63 4 - Nome completo da vítima: Quintiano Duarte Pereira

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

5 - Nome completo: Quintiano Duarte Pereira 6 - CPF: 856.791.604-63  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Engenheiro Almeida 9 - Número: 350 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Imbiúbeira 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51150-090  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): (81) 99141011

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Itaú  
AGÊNCIA: 5196 CONTA: 29670  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• 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.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (ainda não nasceu)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 04 de maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM - DP7ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0097003452

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/03/2020 às 15:25

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 11/2/2020 às 10:40

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA VISCONDE DE JEQUITINHONHA, 01, PROX AO HOSPITAL DA AERONAUTICA**  
Bairro: **BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: 51021-190  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SOARES (AUTOR / AGENTE)  
P R COMERCIAL MEDICA LTDA (OUTRO)  
CHRISTIANO DUARTE PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SOARES  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

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

**CHRISTIANO DUARTE PEREIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DUARTE PEREIRA** (Pai)  
**VALDIR PEREIRA** Data de Nascimento: 1/5/1975 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 3953686/SDS/PE (RG)  
85679160463 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 2ª. **GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:  
- 987680062

Endereço Residencial: **RUA ENGENHO CRIMEIA, 350 - CEP: 51150090 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**P R COMERCIAL MEDICA LTDA (P R COMERCIAL MEDICA)** - Ramo de Atividade: **OUTROS**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -  
Documentos: **41102195000168 (CNPJ)**

**SOARES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **P R COMERCIAL MEDICA LTDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCG8953 (PERNAMBUCO/RECIFE)**  
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

**VEICULO2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SOARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA "AVENIDA VISCONDE DE JEQUITINHONHA", NO VEÍCULO1, QUANDO, NO CRUZAMENTO (COM A RUA NÃO INFORMADA), O VEÍCULO2 COLIDIU NA DIREITA DO VEÍCULO1. VÍTIMA REFERE QUE FOI**

ARREMESSADA POR CIMA DO VEICULO2 E CAIU NA VIA; QUE MOTORISTA DO VEICULO2 SE APROXIMOU, SE IDENTIFICOU (SARGENTO SOARES) E FICOU NO LOCAL ATÉ A VÍTIMA SER SOCORRIDA. VÍTIMA RELATA QUE FOI ATENDIDA PELO SAMU (OCORRENCIA: S-747458) E FOI LEVADA PARA "ORTOPEDIA PIEDADE" E, EM SEGUIDA, ENCAMINHADA PARA "HOSPITAL ALBERT SABIN" ONDE FICOU INTERNADA POR CINCO DIAS.

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

*Christiano Duarte Pereira*

CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **KARINE VIANA DE MELO SALES** - Matrícula: **320327-1**  
(Liberado em **09/03/2020** às **15:53**)







DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

|       |             |
|-------|-------------|
| Nº DA | 050.02.2020 |
| DATA  | 02.03.2020  |

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**, portador do Documento de Identidade nº **3953686** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **856.791.604-63**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-747458**, que no dia 11 de fevereiro de 2020, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel e moto, por volta das 10h40, na Rua Visconde de Jequitinhonha, imediações entre o Terminal Linha Brigadeiro Ivo Borges e o Hospital da Aeronáutica, no bairro Boa Viagem, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Ortopédica de Piedade.  
Recife, 02 de março de 2020.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife

*SergioParenteCosta*

**Dr. Sergio Parente Costa**  
**Gerente de Informação e Avaliação**  
**SAMU Metropolitano do Recife**

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE  
Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE  
CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05196

CONTA: 000000029670-0

---

Autenticação:

3E053E7C564BD124EA0A0DA199503CB6B922144D1EDF2A2DC9FBEED1C0C73BF3





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA SATURNINO DE BRITO - NUM. - 01099 - CAB  
ANGA RECIFE PE 50090-310

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES DUARTE PEREIRA MATRÍCULA: 54306660 Jan/2020  
R ENGENHO CRIMEIA, N. 00350 - IMBIRIBEIRA RECIFE PE 51150-090  
INSCRIÇÃO: 339.618.196.0391.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMÁTICO: 054306660

|                          |                                   |                                |   |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| SITUAÇÃO ÁGUA<br>LIGADO  | SITUAÇÃO ESGOTO<br>LIGADO         | RESIDENCIAL<br>1               | QUANTIDADE DE ECONOMIAS<br>COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA |
| HIDRÔMETRO<br>A16N011532 | DATA LEIT. ANTERIOR<br>06/01/2020 | DATA LEIT. ATUAL<br>05/02/2020 | TIPO DE CONSUMO (A/E)<br>REAL / N MEDIDO                |

ÁGUA:

LEIT ANT: 792 CONSUMO: 19  
LEIT ATU: 811  
LEIT FAT: 811

ESGOTO:

LEIT ANT: VOLUME: 19  
LEIT ATU:  
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

|         |    |     |
|---------|----|-----|
| 12/2019 | 22 | /22 |
| 11/2019 | 18 | /18 |
| 10/2019 | 17 | /17 |
| 09/2019 | 14 | /14 |
| 08/2019 | 16 | /16 |
| 07/2019 | 14 | /14 |
| MEDIA:  | 17 | /17 |

| PARAMETROS     | NÚMERO DE AMOSTRAS         |                     |                    |
|----------------|----------------------------|---------------------|--------------------|
|                | EXIG. PORT.<br>MS 2.914/11 | ANÁLISES<br>REALIZ. | ATENDEM<br>A LEGIS |
| TURBIDEZ       |                            |                     |                    |
| COR APARENTE   |                            |                     |                    |
| CLORO RESIDUAL |                            |                     |                    |
| COLIF. TOTAIS  |                            |                     |                    |
| E. COLI        |                            |                     |                    |

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO

TOTAL (R\$)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1220103812

NOME  
**CHRISTIANO DUARTE PEREIRA**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

**3953686 SDS PE**

CPF

**856.791.604-63**

DATA NASCIMENTO

**01/05/1975**

FILIAÇÃO

**VALDIR PEREIRA**

**MARIA DE LOURDES  
DUARTE PEREIRA**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

**AB**

Nº REGISTRO

**01864114143**

VALIDADE

**25/01/2021**

1ª HABILITAÇÃO

**05/07/2001**

OBSERVAÇÕES

**Exerce Ativ Remunerada  
MOTOFRETISTA**

*Christiano Duarte Pereira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

**RECIFE - PE**

DATA EMISSÃO

**01/02/2016**

*[Signature]*

ASSINATURA DO EMISSOR

**44306685518  
PE070794065**

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1220103812



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200173799 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CHRISTIANO DUARTE PEREIRA **Data do acidente:** 11/02/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 14/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.18 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200173799 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CHRISTIANO DUARTE PEREIRA **Data do acidente:** 11/02/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 14/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.18 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO 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 MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135762/20

**Vítima:** CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

**CPF:** 856.791.604-63

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/02/2020

**Titular do CPF:** CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**CHRISTIANO DUARTE PEREIRA : 856.791.604-63**

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: 12/05/2020  
Nome: CHRISTIANO DUARTE PEREIRA  
CPF: 856.791.604-63

CHRISTIANO DUARTE PEREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/05/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA