



02/10/2020

Número: **0024918-36.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68963 277	02/10/2020 15:08	2746445_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00249183620208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GILMAR FERNANDO AYRES MACEDO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 30 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





02/10/2020

Número: **0024918-36.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68963278	02/10/2020 15:08	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200174225

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15770659





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, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200174225

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01239/01240 - carta_03 - INVALIDEZ

00030620



Carta nº 15771891





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, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200174225

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000003202-6

Conta: 0000020094-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 063.535.014-98 3 - CPF da vítima: 063.535.014-98 4 - Nome completo da vítima: Gilmar Fernando Agnes Nocedo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Gilmar Fernando Agnes Nocedo 6 - CPF: 063.535.014-98
7 - Profissão: Reuso 8 - Endereço: Rua Antônio Apolinário 9 - Número: 85 10 - Complemento:
11 - Bairro: Barro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.300-320
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 339-14011

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0046 CONTA: 31654 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 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 (In Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascer ou vai nascer? ☐ 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

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, 12 de maio 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

1. Nome completo do segurado: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

2. Data de nascimento: 10/10/1975

3. CPF: 036.955.016-18

4. Endereço completo: Av. ...

5. Cidade: ...

6. Estado: ...

7. Data de emissão: ...

8. Assinatura do segurado: ...

9. Assinatura do representante legal: ...

10. Assinatura do representante legal: ...

11. Assinatura do representante legal: ...

12. Assinatura do representante legal: ...

13. Assinatura do representante legal: ...

14. Assinatura do representante legal: ...

15. Assinatura do representante legal: ...

16. Assinatura do representante legal: ...

17. Assinatura do representante legal: ...

18. Assinatura do representante legal: ...

19. Assinatura do representante legal: ...

20. Assinatura do representante legal: ...

21. Assinatura do representante legal: ...

22. Assinatura do representante legal: ...

23. Assinatura do representante legal: ...

24. Assinatura do representante legal: ...

25. Assinatura do representante legal: ...

26. Assinatura do representante legal: ...

27. Assinatura do representante legal: ...

28. Assinatura do representante legal: ...

29. Assinatura do representante legal: ...

30. Assinatura do representante legal: ...

31. Assinatura do representante legal: ...

32. Assinatura do representante legal: ...

33. Assinatura do representante legal: ...

34. Assinatura do representante legal: ...

35. Assinatura do representante legal: ...

36. Assinatura do representante legal: ...

37. Assinatura do representante legal: ...

38. Assinatura do representante legal: ...

39. Assinatura do representante legal: ...

40. Assinatura do representante legal: ...

41. Assinatura do representante legal: ...

42. Assinatura do representante legal: ...

43. Assinatura do representante legal: ...

44. Assinatura do representante legal: ...

45. Assinatura do representante legal: ...

46. Assinatura do representante legal: ...

47. Assinatura do representante legal: ...

48. Assinatura do representante legal: ...

49. Assinatura do representante legal: ...

50. Assinatura do representante legal: ...

51. Assinatura do representante legal: ...

52. Assinatura do representante legal: ...

53. Assinatura do representante legal: ...

54. Assinatura do representante legal: ...

55. Assinatura do representante legal: ...

56. Assinatura do representante legal: ...

57. Assinatura do representante legal: ...

58. Assinatura do representante legal: ...

59. Assinatura do representante legal: ...

60. Assinatura do representante legal: ...

61. Assinatura do representante legal: ...

62. Assinatura do representante legal: ...

63. Assinatura do representante legal: ...

64. Assinatura do representante legal: ...

65. Assinatura do representante legal: ...

66. Assinatura do representante legal: ...

67. Assinatura do representante legal: ...

68. Assinatura do representante legal: ...

69. Assinatura do representante legal: ...

70. Assinatura do representante legal: ...

71. Assinatura do representante legal: ...

72. Assinatura do representante legal: ...

73. Assinatura do representante legal: ...

74. Assinatura do representante legal: ...

75. Assinatura do representante legal: ...

76. Assinatura do representante legal: ...

77. Assinatura do representante legal: ...

78. Assinatura do representante legal: ...

79. Assinatura do representante legal: ...

80. Assinatura do representante legal: ...

81. Assinatura do representante legal: ...

82. Assinatura do representante legal: ...

83. Assinatura do representante legal: ...

84. Assinatura do representante legal: ...

85. Assinatura do representante legal: ...

86. Assinatura do representante legal: ...

87. Assinatura do representante legal: ...

88. Assinatura do representante legal: ...

89. Assinatura do representante legal: ...

90. Assinatura do representante legal: ...

91. Assinatura do representante legal: ...

92. Assinatura do representante legal: ...

93. Assinatura do representante legal: ...

94. Assinatura do representante legal: ...

95. Assinatura do representante legal: ...

96. Assinatura do representante legal: ...

97. Assinatura do representante legal: ...

98. Assinatura do representante legal: ...

99. Assinatura do representante legal: ...

100. Assinatura do representante legal: ...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0102000332

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/01/2019 às
15:13

Complementa o BO Número: 19E0102000307

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE BARRO (BAIRRO), 1, AV: DRª JOSE
RUFINO - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO (OUTRO)
GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a)
Sr(a): GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO

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

GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA LUCIMAR AIRES DA SILVA Pai: GILBERTO Data de Nascimento:
18/01/1985 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6100000/SDS/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECÂNICO
Telefones Celulares:
- 999991582

Endereço Residencial: BAIRRO DE BARRO (BAIRRO), 1, RUA: ANTONIO APOLINARIO -
CEP: 50000-000 - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/KR300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **P0P2522** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **882782278**
Descrição: **MOTOCICLETA**

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE O MOTOCICLETA ACIMA CITADA E DE PROPRIEDADE DE MARIA DAS NEVES GAGELHA DE AZEVEDO E DE POSSE DE GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO; QUE NA DATA E HORA CITADA ABAIXO FOI ATROPELADO PELO GOL VERMELHO QUE APÓS ACONTECER O ACIDENTE O ELEMENTO FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO, DEIXANDO A VITIMA NO CHÃO. QUE CONFORME A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO A VITIMA TEVE VARIAS LESSÕES NO DEDO ESQUERDO E JOELHO E TORNOSELO. INFORMA AINDA QUE A PROPRIA SE SOCORREU PARA O HOSPITAL. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAS.

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

GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO CARLOS CORREIA DE LIMA** - Matrícula: **128787-B**

Antonio Carlos C. de Lima
Comissário de Polícia
Matr. 128787-B
Carimbo





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0102000332

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/01/2019 às 15:13

Complementa o BO Número: 19E0102000307

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE BARRO (BAIRRO), 1, AV: DRª JOSE RUFINO - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO (OUTRO)
GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO

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

GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO (presente no plantão) - Sexo: Masculino / Mãe: MARIA LUCIMAR AIRES DA SILVA Pel: GILBERTO Data de Nascimento: 18/01/1985 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6100000/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECÂNICO
Telefones Celulares: - 999991582

Endereço Residencial: BAIRRO DE BARRO (BAIRRO), 1, RUA: ANTONIO APOLINARIO - CEP: 50000-000 - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DAS NEVES GADELHA DE AZEVEDO (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/KR300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **P0P2522** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **882782278**
Descrição: **MOTOCICLETA**

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELVW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE O MOTOCICLETA ACIMA CITADA E DE PROPRIEDADE DE MARIA DAS NEVES GAGELHA DE AZEVEDO E DE POSSE DE GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO; QUE NA DATA E HORA CITADA ABAIXO FOI ATROPELADO PELO GOL VERMELHO QUE APÓS ACONTECER O ACIDENTE O ELEMENTO FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO, DEIXANDO A VITIMA NO CHÃO. QUE CONFORME A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO A VITIMA TEVE VARIAS LESSÕES NO DEDO ESQUERDO E JOELHO E TORNOSELO. INFORMA AINDA QUE A PRÓPRIA SE SOCORREU PARA O HOSPITAL. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLÍCIAS.

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

GILMAR FERNANDO AIRES DE MACEDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO CARLOS CORREIA DE LIMA** - Matrícula: **128787-B**

Antonio Carlos C. de Lima
Comissário de Polícia
Mat. 128787-B
Carilão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 063.535.014-98 3 - CPF da vítima: 063.535.014-98 4 - Nome completo da vítima: Gilmar Fernando Ayres Macedo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Gilmar Fernando Ayres Macedo 6 - CPF: 063.535.014-98
7 - Profissão: Reuso 8 - Endereço: Rua Antônio Apolinário 9 - Número: 85 10 - Complemento:
11 - Bairro: Barro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.300-320
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 339-14011

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0046 CONTA: 31654 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 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 (In Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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

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, 12 de maio 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Gilmar F. de Macedo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizada com CamScanner

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03202-6

CONTA: 000000020094-8

Nr. Autenticação

BRADESCO280520200500000000002370320200000002009467500 PAGO



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA LUCIA AYRES DA SILVA CPF: 427.133.664-53	DATA DE VENCIMENTO 03/06/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 36,28	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/05/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/05/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 107271086	CONTA CONTRATO 000187474035 Nº DO CLIENTE 2000102291 Nº DA INSTALAÇÃO 0002699248
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ANTONIO APOLINARIO 89 BARRO/RECIFE 50900-320 RECIFE PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 3649.C129.9BA3.8364.1A97.142A.B481.1C1F			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	42,00	0,42595289	17,89
Consumo Ativo(kWh)-TE	42,00	0,35824411	15,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 099538068-07/03/20			0,41
Multa por atraso-NF 099538068 - 07/03/20			1,07
Multa por atraso-NF 095600888 - 06/02/20			0,60
Juros por atraso-NF 099538068 - 07/03/20			0,19
Juros por atraso-NF 095600888 - 06/02/20			0,41
Atualização IGPM-NF 099538068 - 07/03/20			0,18
Atualização IGPM-NF 095600888 - 06/02/20			0,49
TOTAL DA FATURA			36,28

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
32,93	25,00	32,93	0,88
COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
32,93	4,07		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
RS	%		
Geração de Energia	10,45	31,74	
Transmissão	1,21	3,67	
Distribuição (Celpe)	7,37	22,38	
Encargos Setoriais	1,73	5,25	
Tributos	9,85	29,91	
Perdas de Energia	2,32	7,05	
TOTAL	32,93	100	

HISTÓRICO DO CONSUMO			
MAI	20		kWh
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29838000	42	
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	110	
ABR	20	68	
MAR	20	38	
FEV	20	63	
JAN	20	67	
DEZ	19	75	
NOV	19	30	
OUT	19	70	
SET	19	61	
AGO	19	44	
JUL	19	45	
JUN	19	38	
MAI	19		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
000000000080791771	CAT	07/04/2020 13.742,00	08/05/2020 13.784,00	31	1,00000	0,00	42,00		

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/06/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	0,00	4,83	9,67	19,34	
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	3,11	6,22	12,45	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,69	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico	Limite DICRI: 12,22				
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,53					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você! Carrefour: av dr jose rufo 1385 areias / presente de deus: rua padre henrique no 16 varzeaLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 000187474035	MÊS/ANO 05/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 36,28	VENCIMENTO 03/06/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: GILMAR FERNANDO AYRES MACEDO Dt. Nasc.: 16/09/1985 Atendimento: 16916629 Pronto-socorro: 8317301
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300216/27
Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 26419 [1] Nº: 11469345 08/12/2016 às 19:02

ANAMNESE

Queixa Principal -PCT RELATA NO JOELHO ESQ + PÉ ESQ DEVIDO ACIDENTE DE MOTO. [1]
-AO EX: JOELHO ESQ: ADM DIMINUIDO, EDEMA+4+, SEM LESÕES DE PELE NV PRESERVADO + HALUX ESQ COM CURATIVO (AGUARDO RX PARA AVALIAR LESÃO)
-CD:
SOLICITO RX + REAVALIAÇÃO

Queixa Principal
CID10 S903 CONTUSAO DE OUTR PARTES E PARTES NE DO PE [1]
Alergias Não [1]
Medicação Em Uso Não [1]
Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral -PCT RELATA NO JOELHO ESQ + PÉ ESQ DEVIDO ACIDENTE DE MOTO. [1]
-AO EX: JOELHO ESQ: ADM DIMINUIDO, EDEMA+4+, SEM LESÕES DE PELE NV PRESERVADO + HALUX ESQ COM CURATIVO (AGUARDO RX PARA AVALIAR LESÃO)
-CD:
SOLICITO RX + REAVALIAÇÃO
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S903 CONTUSAO DE OUTR PARTES E PARTES NE DO PE [1]
CID10 S903 CONTUSAO DE OUTR PARTES: PARTES NE DO PE [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Digitalizado com CamScanner



Hospital do Espinheiro

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

09/12/2018 13:49

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

Paciente: GILMAR FERNANDO AYRES MACEDO Dt. Nasc: 16/09/1985 Atendimento: 16917289 Prontuário: 6317301

Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1 IANDAR - HE Leito: 107-P1/2

Profissional(is): MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES, MEDICO CRM 29730(1) Nº: 11495805 09/12/2018 às 13:48

DIAGNÓSTICOS

CID10	S024 FRAT. DO HALUX	[1]
P plano Terapêutico	#Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé# [1] Tratamento cirúrgico - fratura exposta de hálux E em 08/12/2018 Alta hospitalar em 09/12/2018 Orientações: 1. Manter curativo / imobilização 2. Priorizar repouso com membro elevado 3. Não pisar com área lesionada 4. Tomar medicações conforme prescrito 5. Marcar reavaliação ambulatorial em 1 semana - grupo do tornozelo e pé - conforme disponibilidade na agenda	

Marcelo Raul Cavalcanti Torres
CRM 29730(1)



Nº: 11495905 09/12/2018 às 13:48

191

1. Manter curativo / imobilização
2. Priorizar repouso com membro elevado
3. Não pisar com área lesionada
4. Tomar medicações conforme prescrito
5. Marcar reavaliação ambulatorial em 1 semana - grupo do tornozelo e pé - conforme disponibilidade na agenda

Matt (aka Paul) G. Torres
CREWPE 20.750 TEL: 10.000

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Galmei Fernando CPF da vítima: 068.535.014-98

Data do Acidente: _____

Portador da documentação: _____

Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante legal (cópia preenchida com a vítima é)

Endereço do portador: _____

Nome: _____ Complemento: _____ Sexo: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: 84 59 41401

E-mail: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: _____

Identidade: _____

Assinatura: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovações (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Comprovações (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receita médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Morte = R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: _____

Nome: Feliciano F. de Mello

Assinatura: _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200174225 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NO PÉ ESQUERDO-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ALTA MÉDICA.
P.1-3.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 34 ANOS.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0136096/20

Número do Sinistro: 3200174225

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

CPF: 063.535.014-98

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: GILMAR FERNANDO
AYRES DE MACEDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO : 063.535.014-98

Autorização de pagamento

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: 15/05/2020
Nome: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO
CPF: 063.535.014-98

GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0136096/20

Vítima: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

CPF: 063.535.014-98

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILMAR FERNANDO
AYRES DE MACEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO : 063.535.014-98

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: 12/05/2020
Nome: GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO
CPF: 063.535.014-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GILMAR FERNANDO AYRES DE MACEDO

RAIANNE SILVA BARBOSA

