



01/09/2020

Número: **0027846-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67327009	01/09/2020 17:12	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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200148268

Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

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 15707159





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, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200148268

Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003016

Conta: 000984735247-5

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

Pag. 00965/00966 - carta_15R - INVALIDEZ





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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3046 CONTA: 9847352475 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

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) ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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, 27/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0045009770

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2019** às
15:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu
no dia 3/9/2019 às 23:38

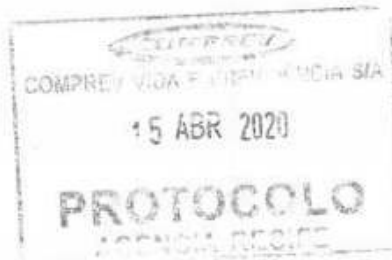
Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA MARIA DA BOA VISTA -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 -
Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
JOSENILDA LUIZA DA SILVA TAVARES Pai: SALATIEL FIGUEREDO TAVARES Data de
Nascimento: 11/8/1989 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
9043739/SDS/PE (RG), 10781900443 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- 92259969**

**Residência: RUA MANOEL GLACILIANO DA MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 49, AP 101 - CEP: 9 - Bairro: BOA VISTA -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

**Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -**

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

01 MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): JAMES ALLAN DA SILVA



19/12/2019 15:05

etm de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

TAVARES, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 150 CROSSER** e Objeto apreendido: **Não**
Cor: **GINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCTB297 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NO LOCAL CITADO NESTE BOE QUANDO FOI ATINGIDA POR UM VEICULO EM ALTA VELOCIDADE QUE NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA. E ESTA FOI SOCORRIDA PELO SAMU.

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

James Allan da Silva TAVARES

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES
(VITIMA)

LC
B.O. registrado por: **LUIS CARLOS DOS SANTOS** - Matrícula: **368220-0**





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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3046 CONTA: 9847352475 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

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) ☐ 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 nasotura (vianaser)? ☐ 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, 27/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES** portador do CPF: 107.619.094-43 e RG: 9.043.780 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências N°1909030462 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 03/09/2019 às 22h e 21min, no endereço RUA SANTA MARIA DA BOA VISTA, BOA VISTA, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X CARRO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Dezembro de 2019.


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 19/12/2019


James Allan da Silva Tavares



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000984735247-5

Nr. da Autenticação A8BB9C5DE95E0AD9



ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NÚM. - 00152 - MAURICIO DE PASS
 ALI-CARIARIU-PE-55012-330

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA:

103301305 Out/2019

JADIAEL JOSE DE OLIVEIRA

R HANDEL GRACIANO MOTA, N. 49 - APTO 101 - JARDIM PANORAMA CA

RUA BU PE 55012-330

INSCRIÇÃO: 041.881.140.0113.000 GRUPO: 10000 AUTOMÁTICO: 103301305

TIPO DE CONSUMO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (NE)
RESIDENCIAL	03/10/2019	04/11/2019	REAL

AGUA:

LEIT ANT: 594 CONSUMO: 5

LEIT ATU: 599

LEIT FAT: 599

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2019 05
 08/2019 03
 07/2019 05
 06/2019 06
 05/2019 05
 04/2019 08
 MÉDIA: 05

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. R\$ 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
TURBIDEZ	169	169	169
COR APARENTE	169	169	169
CLORO RESIDUAL	169	169	169
COLIF. TOTAIS	169	169	169
E. COLI	169	169	169

Qualidade de Água: 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\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

5 M3

44,08

Pg

CONSUMO RATEIO (m3): 0

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL IPI	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	44,08	1,65	0,73
ICMS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO:

15/11/2019

TOTAL A PAGAR:

44,08

MENSAGEM:



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES
Data Nasc.: 11/06/1989 Idade: 30 Sexo: MASCULINO
CPF: 10761909443 RG: 8043780
Endereço: RUA MANOEL GRACILIANO DO MOTA
Bairro: JARDIM PANORAMA Cidade: CARUARU
CEP: 55024000 Fone: 992259960
Nome da Mãe: JOSENILDA LUIZA DA SILVA TAVARES
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

Atendimento: 539868

Prontuário: 344575

Cor: PARDA Religião:
CNS: 162302225160000

Nº: 49

Estado: PE

Profissão:

COMPREVIDA E PREVIDENCIA SIA

15 ABR 2020

2 - ATENDIMENTO

Data: 03/09/2019 23:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

MOTOCICLISTA VITIMA DE COLISÃO COM AUTO MOVEL - CMC 619-102100
PELO SINV. COM COLISÃO COM AUTO. NENH. QUESION. POR ATUAL. CAPAC.
DE

Exame Físico:

A - VITA: PNEU. VERBA - C/OUT. C/OUT. C/OUT.
B - MU + OM ANT. POR EX. P/NOBILIMHO. CONTINUA
C - RUM. MU. 2T.
D - GRS. C/OUT. 15. DURANTE. FORT. P/NOBILIMHO.
E - NENH. QUESION. M/OUT. EM. P/NOBILIMHO. DIRETO.

PA: 110/77 FC: 72 FR:

Diag. Provisório:

DOMITAVIA.

SOLICITO: R/ TONAX / PELO / C/OUT. PANORAMA /
AP /
P/NOBILIMHO. DIRETO.
ENC. N. SIA. VERBO.

Prescrição:

Dieta: ZERO

Horário

Data

03/09/19

1) SORO KIMBER. ACERTO 900 ml
2) DINDONA 500 g. 01. 1/2 + 10. 1/2. C/OUT.
3) C/OUT. + 10. 1/2.

IM 20/45R
A

TE: FRATURA DO PISTO LATERAL ESQ. C/OUT.
DINDONA LATERAL. EM. P/NOBILIMHO.
LATERAL. LATERAL.

PACIENTE OPTA. P/NOBILIMHO. C/OUT. C/OUT.
ALBERTO GESSADO. INCLINADO. P/NOBILIMHO.

Dr. Alexandre Rêgo Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 20817 / TEO 14308

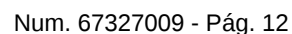
1 de 2



[illegible]

Data: _____

PROTOCOLLO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: JAMES ALAN DA SILVA TAVARES

Prontuário: 366525

Data: 31/09/2019 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DO PUNTO TIBIAL DIREITO

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

RETORNO CI 15 DIAS

TRATAMENTO REALIZADO:

TTU CASELADO

COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A

15 ABR 2020

PROTOCOLO
ACORDA REGISTRO

Alta Hospitalar: Data: ____/____/____ Hora: _____

Alexandre Rêgo Filho

Ortopedista e Traumatologista

CRM 20817/PE-0714909

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Alexandre Rêgo Filho

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIA DO JOELHO



LAUDO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 03/09/2019 EVOLUINDO COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO. FOI REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR E ENCONTRA-SE DE ALTA, ENTRETANTO A PACIENTE REFERE EVOLUIU COM DOR LOCAL, CLAUDICAÇÕES E DIFICULDADE EM REALIZAR O ARCO DE MOVIMENTO COMPLETO.

SOLICITO AVALIAÇÃO DO PERITO DPVAT.

S82.1

quinta-feira, 19 de dezembro de 2019




Dr. Alexandre Rêgo Filho
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
RQE 8761 / TEOT 14909
CRMPE 20817

Rua Raul Paranhos, 139 - Maurício de Nassau CEP 55014-100
Fone: (81) 3721-7307 / (81) 37215981
Marcação Secretária Amanda Bezerra (WhatsApp): (81) 96584793





CENTRO DE MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPIA

✓ James Allan da
Líbia Tanen

Exercício ao Remend
Treina

→ melhorar da força
→ melhorar do arco
de remonta.

RUA RAUL PARANHOS, 138 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (011) 3721-7307 / 3721-5501
(AO LADO DO LABORATÓRIO DA SANTA EFIGÊNIA)

CRM-FS 20817 / RQE 8761 / TEOT 141
Ortopedista e Traumatologista
Dr. Alexandre Rego Filho

DR. ALEXANDRE REGO
ORTOPEDIA
CIRURGIÃO DE JOELHO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAVALARIA NACIONAL DE MONTARIA

NOME: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

DOC. IDENTIDADE / CRO. EMISSOR / UF: 9043780 SEM PE

CPF: 107.619.094-43 DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1989

PLACAR: SALATIEL FIGUEROA TAVARES
JOSEFILDA LUIZA DA SILVA TAVARES

REGISTRO: 0648763887 VALIDADE: 05/05/2020 FIM DA VALIDADE: 20/10/2025

INSCRIÇÃO: 1304620076

DESCRIÇÃO: EXERCÍCIO ATIV. REGISTRADA

ASSINATURA DO DETRAN: [Assinatura]

LOCAL: CARUARU - PE DATA: 01/10/2016

DETRAN - PE (CARUARU)

COMPREI VISTO
15 ABR 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1055545805 2019

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES
CARUARI-PE

107.619.094-43

PLACA ANT / UF
***** / PE

PLACA PCT8397

CHASSI 9C6DC2510F0028788

COMBUSTÍVEL ALCOOL/CABOL

ANO FAB 2015

ANO LIC 2015

CATEGORIA PARTIC

VEICULO / COTAS
1* *****
2* *****
3* *****

PREMIO TARIFARIO 80.11

PARCELAMENTO 0.32

DATA DE PAGAMENTO 22/02/19

SIGM RESERVA

CARDUARD
Roberto Carlos Correia Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

CONTRAN

DETRAN - PE
Nº 014802731651

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES
RUA CAXAMBU 89
CASA DIVINOPOLIS CARUARI-PE

55014-080

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 107.619.094-43

RENAVAM 1055545805

CHASSI 9C6DC2510F0028788

ANO FAB 2015

ANO LIC 2015

CHASSI 9C6DC2510F0028788

PRÊMIO TARIFÁRIO 36.05

PARCELAMENTO 0.32

DATA DE PAGAMENTO 22/02/19

SIGM RESERVA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CHAV 09.341.400/0001-04

DETRAN - PE
Nº 014802731651

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES
RUA CAXAMBU 89
CASA DIVINOPOLIS CARUARI-PE

55014-080

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 107.619.094-43

RENAVAM 1055545805

CHASSI 9C6DC2510F0028788

ANO FAB 2015

ANO LIC 2015

CHASSI 9C6DC2510F0028788

PRÊMIO TARIFÁRIO 36.05

PARCELAMENTO 0.32

DATA DE PAGAMENTO 22/02/19

SIGM RESERVA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CHAV 09.341.400/0001-04

COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A

15 ABR 2020

PROTOCOLO

AGENCIA RECIFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200148268 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200148268 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115429/20

Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

CPF: 107.619.094-43

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 03/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES : 107.619.094-43

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: 15/04/2020
Nome: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES
CPF: 107.619.094-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo
CPF: 064.485.714-50

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Manuella Trindade Pessoa de Araujo

