



Número: **0032818-70.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELMIR AMARO DA SILVA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67777 023	10/09/2020 16:38	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

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



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167

Ligaçāo Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligaçāo Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
ELMIR AMARO DA SILVA

ENDERECO

SI SALOBRO 1000 -SITIO
SALOBRO/RIBEIRO DO MEL -55700-
000 LIMOEIRO PE -

PERÍODO CONSUMO

26/03/2020 a 27/04/2020

DATA DE VENCIMENTO
05/05/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 1,10

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

27/04/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

27/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
106174453

CONTA CONTRATO
7005891773

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

CONSUMO

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7005891773

MÊS/ANO

04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 1,10

VENCIMENTO

05/05/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000008 011000110073 005891773100 145395465830



Contatos
081-996686080
081-9.94828698
081-99 854 3090

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009101638033900000066479360

Número do documento: 2009101638033900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 1

PIABAMBUÇU SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA
BOLETIM DE EMERGÊNCIA
Prontuário: 41239 CNS: 160858682600008

Nome: ELMIR AMARO DA SILVA
End: SITIO SALOBRO
Município: LIMOEIRO
Mae: SEVERINA AMARO DA SILVA
Profissão: BARMAN

Cor/Raça: PARDAS

Nº:

Idade: 29 Anos 4 Meses 9 Dias

Nº OCORRÊNCIA:

PERNAMBUCO
00187612

Nascimento: 02/04/1990

Bairro:

Nac.: BRASILEIRA

Pal: ANTONIO AMARO DA SILVA

Responsável: O MESMO

Sexo: MASCULINO

Est. Civil: SOLTEIRO

CEP:

Doc nº:

Tel.: 81 98543000

Últimas Ocorrência:

Data: 11/08/2019 Hora: 00:06 Nº Ocorrência: 187612

Situação/Sintomas/Quelxas/Eventos:

ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Queda de prato
Golpe feito a
Máscara na face
Folhas de cana fritas
Ponta de faca
de ferro fritas
jogadas na face
operacionais expostas

TRATAMENTO:
1. S. Glucosido 500g 20g
- 1000ml
Transferido Hospital
da Reabilitação
5946 299

EXAMES COMPLEMENTARES:

Ri Coqueiro Praia na Fazenda de ariatiba

MOTIVO DA SAÍDA:

SAIRÁNCIA

INTERNADO

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

EMOVIDO:

USADO:

h m do dia

DATA SAÍDA:

HOJE SAÍDA:

DATA: 11/08/2019 00:06:56

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

<input type="checkbox"/> CURIATIVO	<input type="checkbox"/> ASTRO	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	<input type="checkbox"/> ESP.
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

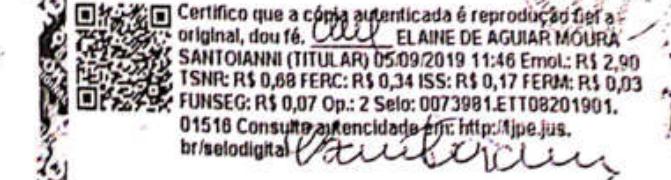
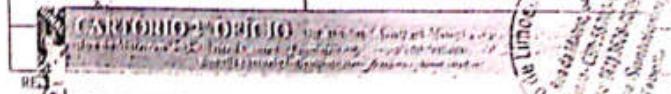
URGÊNCIA BÁSICA URG. ESPECIALIZADA

OBS. BÁSICA OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM:

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
0204000080	82417	11/08/2019 00:06:56



Digitalizado com CamScanner



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 16.890.80

Nome: Elmir Almeida de Souza

Foi atendido às 09:30 h do dia 11/08/11

Diagnóstico Provável TCC lateral

data da alta 11/08/11

Este paciente deverá retornar para **EMERGÊNCIA** em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Atenc de neurocirurgia

fece cítrico após estes neurocirurgia
apenas

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

Cod. 0163

Digitalizado com CamScanner





FUNDACAO ALTINO VENTURA
Av. Mauricio de Nassau, N°
2075 Iputinga, Recife/PE -
CEP 52171/011

SOLICITAÇÃO DE EXAMES / CONSULTAS

Empresa: FUNDACAO ALTINO VENTURA	Prontuário: 02017931			
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA	Atendimento: 04120255			
Nome Social:				
Idade: 29	CNS: 709104221784730			
Mãe: SEVERINA AMARO DA SILVA	Dt.Nasc.: 02/04/1990			
Diagnóstico:	CID:			
Prioridade:Não se aplica				
Olho único:	MM:	CD:	OD	OE

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1- Angiografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17- Siriús/Pentacam e Galilei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- Retinografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18- Fotografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Retcam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 4- OCT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19- Laser Retiniano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.1- Papila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.1- Focal Grid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2- Mácula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.2- Panfoto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3- Córnea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.3- Perifera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.1- Ultrassonografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.4- Setorial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2- USG Simples | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| (Catarata/Córnea) | | | 20- Yag-Laser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- PAM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 7- Biometria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20.1- Iridotomia Periférica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- Microscopia Especular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20.2- Capsulotomia Posterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- Topografia Corneana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outros | | |
| 10- Paquimetria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 11- Campimetria 30-2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21- Glicemia de Jejun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- Campimetria 24-2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22- Hb A1C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13- Campimetria 10-2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23- Hemograma completo com contagem de Plaquetas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14- Campimetria FDT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24- TPAE com INR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15- CTD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25- TS, TC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16- Mapeamento de Retina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26- HGT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 27- Parecer Cardiológico c/Risco Cirúrgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 29- Eletroretinografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RETORNO

Ambulatório de Volta: Ambulatório Diversificado Especialista
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

- CATARATA (POLO)
- CATARATA (MOSTRA DE EXAMES)
- CATARATA COMPLICADA
- CATARATA CONGÉNITA
- CER - AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL
- CER - ESTIMULACAO VISUAL CAT.
- CONGENITA**
- CER - ESTRABISMO
- CER - NEUROPEDIATRIA
- CER - OFTALMOPEDIATRIA
- CER - BAIXA VISÃO

- CÓRNEA
- CORNEA POS-TRANSPLANTE
- GLAUCOMA CLINICO
- INCLUSÃO PROJ. GLAUCOMA
- VOLTA PROJETO GLAUCOMA
- GLAUCOMA CIRÚRGICO
- NEUROFTALMO
- PLÁSTICA OCULAR
- REFRAÇÃO
- AMB. PTERIGIO (JABOATÃO)

- RETINA CIRÚRGICA
- RETINA CLÍNICA
- RETINA OCLUSÕES VASCULARES
- DPO LUCENTIS
- RETINOBLASTOMA
- TUMOR ANTERIOR
- TUMOR POSTERIOR
- UVEITE
- TROCA DE LENTE TERAPEUTICA
- LENTE DE CONTATO
- SEM RETORNO NO MOMENTO

Observação: ENCAMINHO PACIENTE VITMIA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTA HA 01 MES COM QUEIXA DE DIPLOPIA COM QUADRO
DE PARALISIA FACIAL

SOLICITO PRIORIDADE NA MARACAO PELA ASSISTENTE SOCIAL

MÉDICO SOLICITANTE	DATA
Dr(a): LARISSA HALLEY SOARES E SÁ CRM.25508 OFTALMOLOGIA	10/09/2019 14:14:59 usuário:LARISSASA



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1679030

Nome: Elmira Amaro da Silva

Foi atendido ás 04:21 hs. do dia 11/09/19

Diagnóstico Próvel: Paciente vítima de acidente
auto-motociclista envolvida com
material de pavimentação viária -
lajei (1).

CID: S02.6

→ 3º (trinta) dias de repouso

Tratamento Realizado: ① Kortizolam + banho dia
11/09/2019

② Prescrição + orientações para casa

③ telefones ambulatório com 30
dia

④ Dieta líquida pastosa

Observação: Retornar as ambulatórias

BMF dia 10/09/19 às 07:00hs.

Trazer exames de Acute ancauxo

Cópia de:

Alt+ BMF

11/09/19

19:36

CRD-PE 12-12-2019
Chave e identificação
DR. ROSSA LIMA

Médico - CRM Nº

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

Cód. 0157

Digitalizado com CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200188807 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TCE leve, fratura de parassinfise mandibular direita

Descrição do exame Vítima com paralisia facial em hemiface esquerda, com limitação na abertura de cavidade oral, consciente e orientado
físico: ao exame, deficit cognitivo. Tem exame de acuidade visual 20/30 em ambos os olhos, com diagnóstico de diplopia. Tem audiometria (09/12/19) com rebaixamento auditivo em ouvido direito (frequências de 6 e 8 KHz).

Resultados terapêuticos: exame alterado como se segue

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 19/06/2020

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total		32,5 %	R\$ 4.387,50	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200188807 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO.
FRATURA MANDIBULAR À DIREITA.
ANISOCORIA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.
PERDA TOTAL DO OLHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS E TOTAL DO OLHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: OBS: PAG. 1/ AN- 2/4.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009101638033900000066479360>

Número do documento: 2009101638033900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146951/20

Número do Sinistro: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do acidente: 10/08/2019

CPF: 092.558.404-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELMIR AMARO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 03/06/2020
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA
CPF: 092.558.404-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ELMIR AMARO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016380333900000066479360>
Número do documento: 20091016380333900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 8

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146951/20

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do acidente: 10/08/2019

CPF: 092.558.404-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELMIR AMARO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELMIR AMARO DA SILVA : 092.558.404-52

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: 25/05/2020
Nome: ELMIR AMARO DA SILVA
CPF: 092.558.404-52

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ELMIR AMARO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016380333900000066479360>
Número do documento: 20091016380333900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 9



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, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELMIR AMARO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01827/01828 - carta_01 - INVALIDEZ



00010914

Carta nº 15803246





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, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELMIR AMARO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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. 01223/01224 - carta_03 - INVALIDEZ



00040612

Carta nº 15807785



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009101638033900000066479360>
Número do documento: 2009101638033900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 11



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, 09 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200188807

Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELMIR AMARO DA SILVA

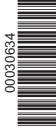
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01267/01268 - carta_02 - INVALIDEZ



00030634

Carta nº 15845179



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016380333900000066479360>
Número do documento: 20091016380333900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 12

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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200188807 **Vítima: ELMIR AMARO DA SILVA**

Data do Acidente: 10/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELMIR AMARO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.387,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal

100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ELMIR AMARO DA SILVA

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000017902-8

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,



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200188807

Nome do(a) Examinado(a): ELMIR AMARO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): SI SALOBRO, 1000, SIT SALOBRO

LIMOEIRO Pernambuco - CEP: 55700000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [sds / Pernambuco] 8154397

Data local do acidente: [10/08/2019]

Data local do exame: [19/06/2020] RECIFE - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TCE leve, fratura de parassinfise mandibular direita

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: suporte clínico, fisioterapia.

Complicações: evolui com estrabismo, paralisia facial.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

Vítima com paralisia facial em hemiface esquerda, com limitação na abertura de cavidade oral, consciente e orientado ao exame, sem deficit cognitivo. Tem exame de acuidade visual 20/30 em ambos os olhos, com diagnóstico de diplopia. Tem audiometria (09/12/19) com rebaixamento auditivo em ouvido direito (frequências de 6 e 8 KHz).

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

sequela neurológica de grau residual, com diplopia e paralisia facial a esquerda, dificuldade na abertura da cavidade oral, perda auditiva leve de ouvido direito.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

"Vítima em tratamento" "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)

Região Corporal (Sequela):

Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e do livre deslocamento corporal

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Audição total bilateral (surdez completa)

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742
Leonardo de Faria Neves
CPF - 04595527403



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016380333900000066479360

Número do documento: 20091016380333900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 14

CRM - Pernambuco - 17742



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016380333900000066479360>
Número do documento: 20091016380333900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 15



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		Escolha op(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092.558.404.52 4 - Nome completo da vítima: Elmin Amaro da Silva REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 5 - Nome completo: Elmin Amaro da Silva 6 - CPF: 092.558.404.52 7 - Profissão: Bombeiro 8 - Endereço: Sítio Sítio 9 - Número: 1000 10 - Complemento: casa 11 - Bairro: Sítio Sítio 12 - Cidade: Limoeiro 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.700.000 15 - E-mail:					
INVALIDEZ PERMANENTE		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: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 </div> </div> 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ </div> </div> AGÊNCIA: 0053 CONTA: 17902 8 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/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.					
MORTE		22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções): <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.					
NÃO ALFABETIZADO		23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim 29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim 34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)					



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		Escolha op(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092.558.404.52 4 - Nome completo da vítima: Elmin Amaro da Silva REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 5 - Nome completo: Elmin Amaro da Silva 6 - CPF: 092.558.404.52 7 - Profissão: Bombeiro 8 - Endereço: Sítio Sítio 9 - Número: 1000 10 - Complemento: casa 11 - Bairro: Sítio Sítio 12 - Cidade: Limoeiro 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.700.000 15 - E-mail:			
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: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 </div> </div>					
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> AGÊNCIA: 0053 0053 </div> <div style="width: 30%;"> CONTA: 17902 8 </div> <div style="width: 30%;"> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) </div> </div>					
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.					
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> INVALIDEZ PERMANENTE </div> <div style="width: 60%;"> Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções): </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 33%;"> <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. </div> </div> <p>Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.</p>					
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo </div> <div style="width: 30%;"> 24 - Data do óbito da vítima: </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> 25 - Grau de Parentesco com a vítima: </div> <div style="width: 30%;"> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </div> <div style="width: 40%;"> 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: </div> <div style="width: 30%;"> 29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </div> <div style="width: 30%;"> 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (viveres)? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: </div> <div style="width: 30%;"> 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: </div> <div style="width: 30%;"> 32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </div> <div style="width: 30%;"> 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: </div> </div> <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.</p>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> NÃO ALFABETIZADO </div> <div style="width: 60%;"> 34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____ 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____ 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> MORTE </div> <div style="width: 60%;"> 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: 40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante), _____ </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> TESTEMUNHAS </div> <div style="width: 60%;"> 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____ </div> </div>					



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: 02/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELMIR AMARO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000017902-8

Nr. da Autenticação 2083DD843196F663



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:38:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016380333900000066479360>
Número do documento: 20091016380333900000066479360

Num. 67777023 - Pág. 18