



Número: **0025923-93.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

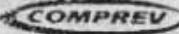
Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68078 060	16/09/2020 17:29	<a href="#">Dossiê Adm</a>	Outros (Documento)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do símbolo da ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do símbolo da ASL:	3 - CPF da vítima: 102.753.744-83	4 - Nome completo da vítima: Allan Kleber Silva do Nascimento
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
5 - Nome completo: Allan Kleber Silva do Nascimento		6 - CPF: 102.753.744-83
7 - Profissão: Ajudante Pedreiro	8 - Endereço: Rua C	9 - Número: 28
10 - Complemento: Casa		
11 - Bairro: São Geraldo	12 - Cidade: Arcoverde	13 - Estado: PE
14 - CEP: 56515-260		15 - E-mail:
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>		
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).		
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</b>		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<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 (304)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0915	CONTA: 988488409	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Inserir o dígito se estiver) (Inserir o dígito se estiver)</small> <small>(Inserir o dígito se estiver) (Inserir o dígito se estiver)</small>
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.		
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>		
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 invalidade permanente, uma vez que <b>(assinar uma das opções):</b> <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.		
Pelo motivo esclarecido, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade 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 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou remuneração direta de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.		
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>		
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (na Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data da morte 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 <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (menor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
Entendo claramente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 - <small>Imprimir legivelmente o nome da pessoa que assina o rogo/a pedido</small> 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido 37 - <small>[*] Assinatura de quem assina o rogo/a pedido</small>		
38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		
39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data: Arcoverde-Pe, 05/07/2019 Allan Kleber Silva do Nascimento 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
42 - Assinatura da Representante Legal (se houver) FPS.001 V002/2019		
43 - Assinatura do Procurador (se houver)		
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 08 AGO 2019 <b>PROTOCOLO</b> AGÊNCIA RECIFE		





AUTO-ATENDIMENTO -

DATA: 23/07/2019

HORA: 11:19:24

TERMINAL: 09151021

CONTROLE: 891510210108

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0915 000.986.460.409-6

NOME: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 20,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 87 3822-5544

NÚMERO DO ENVELOPE: 32234724

A confirmação do depósito se dará pelo  
lancamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Dúvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08 AGO 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



**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: 3190443356  
Nome do(a) Examinado(a): Allan Kleber Silva do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua C, 28 Casa  
Sao Geraldo Arcos PE CEP: 56515-260  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8900576  
Data local do acidente: [ 28/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 12/09/2019 ] Garanhuns [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO PLACA + PARAFUSOS + FIO QUE JÁ FORA RETIRADO.**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: 03/07/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA AOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO, ABDUÇÃO, RA E RP. RELATA DOR LOCAL E LEVE PERDA DE FORÇA MUSCULAR.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**       Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**(X) Sim**       Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**RIGIDEZ DE OMBRO ESQUERDO E PERDA DE FORÇA MUSCULAR EM MSE.**  
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 (\*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (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.

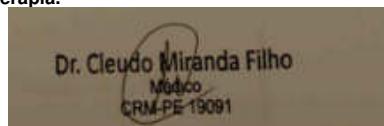
Região Corporal (Sequela): <b>OMBRO - Lado Esquerdo</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <b>(X) 50% médio</b> <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

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

Realizou em torno de 40 sessões de fisioterapia.

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 156ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARCOVERDE - DP156'CIRC  
DINTER2/19'DESEC

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0246001657

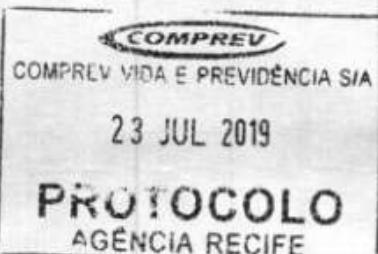
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2019 às 16:41**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **28/4/2019 às 02:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ARCOVERDE, 1, BR 424, - Bairro: CENTRO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APPLICA ( AUTOR / AGENTE )  
ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO ( VITIMA )  
DERIVALDO RODRIGUES LEITE ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DERIVALDO RODRIGUES LEITE

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

**ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ISABEL CRISTINA DA SILVA** Pai: **ALUIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **5/4/1992** Naturalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS**  
Endereço Residencial: **RUA C, 28, VILA SÃO JOSÉ - CEP: 0 - Bairro: SAO GERALDO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO /BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

**DERIVALDO RODRIGUES LEITE** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO INFORMOU**  
Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DERIVALDO RODRIGUES LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DERIVALDO RODRIGUES LEITE**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDN 718** (PERNAMBUCO/ARCOVERDE) Renavam: **107673595** Chassi: **9C2KC2200GR000045**



Ano Fabricação/Modelo: 2015/2016 Combustível: ALCO/GASOL

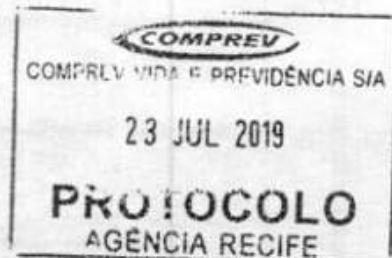
Complemento / Observação

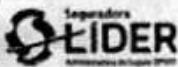
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO PARA NOTICIAR QUE EM DATA DE 28/04/2019, TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA PDN 7182, CONDUZIDA PELA PESSOA DE DERIVALDO RODRIGUES LEITE, DA CIDADE DA PEDRA PARA ESTA CIDADE, QUANDO NAS IMEDIAÇÃO DOS COQUEIROS, NUMA CURVA FORAM SURPREENDIDOS POR UM JUMENTO QUE ATRAVESSAVA A RODOVIA, E NA TENTATIVA DE DESVIAR DO ANIMAL, O CONDUTOR DA MOTO SE DESEQUILIBROU E CAIRAM. COM A QUEDA O NOTICIANTE TEVE FRATURA DA CLAVÍCULA. E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA CIDADE ONDE FOI ATENDIDO, E DIAS DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA TEVE APENAS ESCORIÇÕES LEVES.

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

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO  
ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: FABIA MUNIZ CABRAL - Matrícula: 208603-4





## 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: 102.753.744-83	4 - Nome completo da vítima: Allan Kleber Silva do Nascimento
----------------------------	--------------------------------------	--

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

5 - Nome completo: Allan Kleber Silva do Nascimento	6 - CPF: 102.753.744-83		
7 - Profissão: Ajudante Pedreiro	8 - Endereço: Rua C	9 - Número: 28	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São Geraldo	12 - Cidade: Arcoverde	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56515-260
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTON 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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (severamente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (337)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (severamente para os bancos):

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

AGÊNCIA: 0915

CONTA: 985460409

6

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 aos efeitos da 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 por invalides permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO APARELHADO

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou nascituras/novos?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Ingresso  
mortal da  
vítima ou  
beneficiário  
não obituário

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data: Arcoverde-Pe, 05/07/2019

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador   
COMPREV  
COM-RLV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

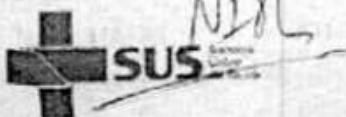
23 JUL 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



G  
35  
12

Pernambuco



NDL



Hospital do Tricentenário

domingo, 28 de abril de 2019

FICHA:  
9378

**NOME:** ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO  
**MÃE:** IZABEL CRISTINA DA SILVA  
**PAI:** ALUZIO MIGUEL DO NASCIMENTO  
**DATA DE NASCIMENTO:** 05/04/1992 **IDADE:** 27,1  
**COR:** PARDO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO(A)  
**PROFISSÃO:** AJUDANTE DE PEDREIRO  
**ENDERECO:** RUA C  
**BAIRRO:** VILA DO PRESÍDIO  
**CIDADE:** ARCOVERDE

**CNS:** 700.0058.0106.6203  
**SEXO:** MASCULINO

**Nº:** 28 **AP:** BLOCO:  
**COMPLEMENTO:**  
**CEP:** 56515-260  
**NATURALIDADE:** ARCOVERDE  
**ENCAMINHADO:**

**SENHA:****MEIO DE TRANSPORTE:**

**TELEFONE:** CPF: 102.753.744-83  
**CELULAR:** RG:

**CLASSIFICAÇÃO** 28/04/2019 02:42:15  
**RAFAEL BARBOSA**

- |                                      |   |                  |              |
|--------------------------------------|---|------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> FEBRE       | <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE RESPIRAR    | <b>TEMP:</b>     | PA: 109 X 69 |
| <input type="checkbox"/> VOMITOS     | <input type="checkbox"/> CONFUSÃO MENTAL            | <b>PESO:</b>     | HGT:         |
| <input type="checkbox"/> FRAQUEZA    | <input type="checkbox"/> DISTÚRBIO VISUAIS          | <b>FR:</b>       | FC:          |
| <input type="checkbox"/> FADIGA      | <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA                | <b>SATO:</b>     |              |
| <input type="checkbox"/> CEFALÉIA    | <input type="checkbox"/> PARAESTESIA E/OU PARALISIA | <b>ALÉRGICO:</b> |              |
| <input type="checkbox"/> TONTURA     | <input type="checkbox"/> TOSSE                      | <b>NEGA</b>      |              |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÃO   | <input type="checkbox"/> DOR LOCAL                  |                  |              |
| <input type="checkbox"/> DESMAIO     | <input type="checkbox"/> QUEIXA URINÁRIA            |                  |              |
| <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO | <input type="checkbox"/> OUTRAS QUEIXAS             |                  |              |

**COMPREV**  
COMPRLV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

**PROTOCOLO**  
**AGÊNCIA RECIFE**

**ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:****USO DE MEDICAMENTOS:** NEGA**SITUAÇÃO/QUIXA PRINCIPAL:** VITIMA DE ACIDENTE (QUEDA DE MOTO) DOR EM OMBRO ESQUERDO**EM CASO DE ACIDENTE****INVESTIGAÇÃO:** **RESPONSÁVEL:****ACIDENTE DE TRANSITO:** MOTO**FATOR DE PROTEÇÃO:** CAPACETE**ACIDENTE DE TRABALHO:** NÃO**MODO:** NÃO**AGRESSÃO:** NÃO**DESCRÍÇÃO:****AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO:** NÃO**OUTROS TIPOS DE ACIDENTES:** NÃO**LOCAL DA OCORRÊNCIA:** VIA PÚBLICA**NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMOLÓGICA HOSPITAL (VEH)****NOTIFICAÇÃO:** SIM ( ) NÃO ( ) **RESPONSÁVEL:**Marcia Silva  
MCHSC - RAH: 104**ESPECIALIDADE:** ORTOPEDISTA**CLASSIFICAÇÃO:** AMARELO**ATENDIMENTO MÉDICO****QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA):**

*Doce ombro O que quebrou de moto*

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

*D. [Signature]  
[Signature]*



# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07922

CONTA: 000000016137-2

---

Autenticação:

85D93A816503BF700DF7372685CB8D494D942F9C44456F7BA2B35079263F700F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 20091617294921900000066772395

Num. 68078060 - Pág. 8



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1296 / Outros regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 05 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintiva: 0800 021 91 35

Eu, Derivaldo Rodrigues Leite  
RG nº 4385995 data de expedição 21/07/2003  
Órgão SJS PE, portador do CPF nº 82188742700  
com domicílio na cidade de Aicoverde, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA R. COHAB 01, nº 02,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Allan Kliber Silveira Nascimento cujo o condutor era  
Derivaldo Rodrigues Leite  
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA/CG 160 FAN Ano: 2015 - 2016  
Placa: PDN 7182 Chassi: 9C2KC2200GR000045  
Data do Acidente: 28/10/2019

Local e Data: 02 JUL. 2019

Derivaldo Rodrigues Leite  
Assinatura do Declarante



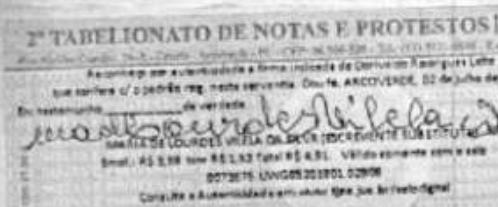
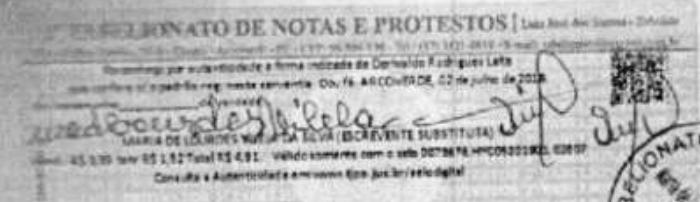
Derivaldo Rodrigues Leite  
Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**COMPREV**  
COMP-RV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

**PROTÓCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



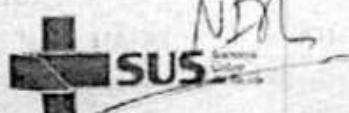


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 20091617294921900000066772395

Num. 68078060 - Pág. 10

G  
35  
12

Pernambuco



NDL

Hospital do  
Tricentenário

domingo, 28 de abril de 2019

FICHA:  
9378

NOME: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

MÃE: IZABEL CRISTINA DA SILVA

PAI: ALUZIO MIGUEL DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1992 IDADE: 27,1

COR: PARDO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

PROFISSÃO: AJUDANTE DE PEDREIRO

ENDERECO: RUA C

BAIRRO: VILA DO PRESÍDIO

CIDADE: ARCOVERDE

MEIO DE TRANSPORTE:

TELEFONE: CPF: 102.753.744-83

CELULAR: RG:

CELULAR:

CNS: 700.0058.0106.6203

SEXO: MASCULINO

Nº: 28 AP: BLOCO:

COMPLEMENTO:

CEP: 56515-260

NATURALIDADE: ARCOVERDE

ENCAMINHADO:

SENHA:

CLASSIFICAÇÃO 28/04/2019 02:42:15  
RAFAEL BARBOSA

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> FEBRE       | <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE RESPIRAR    |
| <input type="checkbox"/> VOMITOS     | <input type="checkbox"/> CONFUSÃO MENTAL            |
| <input type="checkbox"/> FRAQUEZA    | <input type="checkbox"/> DISTÚRBIO VISUAIS          |
| <input type="checkbox"/> FADIGA      | <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA                |
| <input type="checkbox"/> CEFALÉIA    | <input type="checkbox"/> PARAESTESIA E/OU PARALISIA |
| <input type="checkbox"/> TONTURA     | <input type="checkbox"/> TOSSE                      |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÃO   | <input type="checkbox"/> DOR LOCAL                  |
| <input type="checkbox"/> DESMAIO     | <input type="checkbox"/> QUEIXA URINÁRIA            |
| <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO | <input type="checkbox"/> OUTRAS QUEIXAS             |

TEMP:

PA: 109 X 69

PESO:

HGT:

FR:

FC:

SATO2:

ALÉRGICO:

NEGA

COMPREV  
COMPRIV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS: NEGA

SITUAÇÃO/QUIXA PRINCIPAL: VITIMA DE ACIDENTE (QUEDA DE MOTO) DOR EM OMBRO ESQUERDO

EM CASO DE ACIDENTEINVESTIGAÇÃO: 

RESPONSÁVEL:

ACIDENTE DE TRANSITO: MOTO

FATOR DE PROTEÇÃO: CAPACETE

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO

MODO: NÃO

AGRESSÃO: NÃO

DESCRÍÇÃO:

AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO: NÃO

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES: NÃO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: VIA PÚBLICA

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMOLÓGICA HOSPITAL (VEH)

NOTIFICAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( ) RESPONSÁVEL:

Marcia Silva  
HOSPITAL - RAH. 104ESPECIALIDADE: ORTOPEDISTACLASSIFICAÇÃO: AMARELOATENDIMENTO MÉDICO

QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA):

Perceve dor no ombro esquerdo após queda de moto

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura

D. Dr. José D. Cardoso



## PEDIDO DE EXAME

DATA SETOR

EXAME

POSOLOGIA

OK



Dynar Objetivo de morte

Desenvolvimento Objetivo de morte

MAT. 109 Objetivo de morte



## CONDUTA MÉDICA

Prudência / medicação / Beber água e forma moderada

14 dias



## EVOLUÇÃO

\* paciente está em ótima condição de saúde

**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
23 JUL 2019

**PROTÓCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

### CONDICÕES DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Melhorado ( ) Óbito ( ) Evasão ( ) Transferência ( ) Indisciplina ( ) A pedido ( )

Transferido para: Santa Casa Data/Hora: 28/09/2019 - 03:38 Senha: B



Assinatura e identificação do Médico



**Dr. Fred Veras**  
Rheumatologista  
CRM 6689-PE CPF 129998314-34

Allan Kleber Silva do Nascimento

Paciente vítima de acidente de trânsito por colisão animal de grande porte no dia 28 de abril de 2019, em BR - 424 - Arcos - PE, deu entrada no Hospital Regional local e transferido para Hospital São Vicente - Serra Talhada - PE, onde recebeu atendimento médico para fratura luxação da clavícula E, recebendo alta hospitalar 1 de maio de 2019 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 19 de junho de 2019.

Na avaliação clínica de sequelas, por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fratura de clavícula e tratada cirurgicamente com perda de 70% para abdução 40% para adução 70% para Ra 75% para RP 70% para MPS e 40% para MPI.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico.

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso a caso com o passar dos dias.

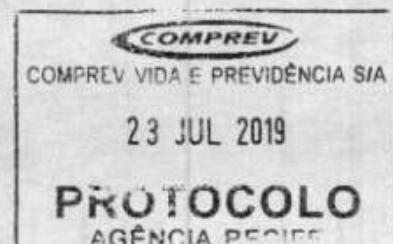
Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 03 de julho de 2019



Dr. Fred Veras  
Rheumatologista Clínico  
CRM 6689-PE CPF 129998314-34

Av. Aperiole Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 20091617294921900000066772395

Num. 68078060 - Pág. 13



# Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 09/05/2019	Atendimeto: 0014972	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00115967 - ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO		
Data Nas: 05/04/1992	Idade: 27 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: AJUDANTE	Naturalidade: ARCOVERDE	Estado Civil: Solteiro
Nome Pai: ALIIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO		Nome Mãe: ISABEL CRISTINA DA SILVA
Endereço: RUA C, 28 - SAO GERALDO - ARCOVERDE - PE		
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9917.72261		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ( )	Acidente de Trabalho ( )	Outros Acidentes ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Cidio ( )	Casual ( )	Outros ( )
Nome Acompanhanete:		Telefone de Contato: ( )
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrencia:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<p><i>Queda de escada com deslocamento de ossos, dor e edema, dor intensa no tórax. Orelhas e</i></p>		
Diagnóstico Inicial:		
<p><i>Fest - cracium</i> ( )</p>		
ADT: <i>toracoscopia como exma</i>		
Diagnóstico Final:		
<p><i>Fest. cracura</i> ( )</p>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado ( )	Descrição Médica ( )	
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Data do Internamento: <u>9, 5, 19</u>
Piorando ( )	Transferência ( )	Data da Alta: <u>11, 5, 19</u>
Obito + 48h ( )	Evasão ( )	Local: _____
Obito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Obito em _____ / _____ / _____		
Hora: _____		
		Médico Responsável
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A		
23 JUL 2019		
PROTOCOLO		





## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

### Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:  
HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE  
MEDICO SOLICITANTE:  
EDUARDO HENRIQUE WANDERLEY ARCOVERDE

DATA DA SOLICITAÇÃO:  
28/04/19 16:27

Nº SOLICITAÇÃO:  
557096

### Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:  
ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Nº DO PRONTUÁRIO:

CHAMADA NACIONAL DA SAÚDE (CNS):  
05/04/1992

SEXO:

MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:  
ISABEL CRISTINA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:  
87991150588

ENDERECO (RUA, N°, BARRA):  
RUA C VILA SÃO JOSE, 28, SÃO GERALDO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:  
ARCOVERDE

CÓD. INSC. MUNICÍPIO:  
2601201.00

UF:

CEP:

### Dados sobre o Transporte

MODO DE TRANSPORTE:  
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:  
08/05/19 07:29

DISPOSIÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

### Regulador

MÉDICO REGULADOR:  
DEBORAH SCHOR

ESPECIALIZADO:  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

### Executante

ESTABELECIMENTO:  
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:  
07/05/19 19:25

MÉDICO AUTORIZADO:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



SUS

Sistema Único de Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

## Identificação do Paciente

8 - NOME DO PACIENTE

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 6 0 1 9 7 5 7 8 2 0 0 0 0 2

9 - DATA DE NASCIMENTO  
05 / 04 / 19928 - SEXO  
MASC. 1

11 - NOME DA MÃE

ISABEL CRISTINA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA C. 28, SAO GERALDO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARCOVERDE

6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

00115967

10 - RACIÃO

PARD

12 - FONE DE CONTATO

8 1 7 9 9 1 7 7 2 2 6 1

14 - FONE DE CONTATO

8 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

2601201

P E 5 6 5 1 5 2 6 0

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Posicão semiflexionada nos troncos -  
medula deixa-se perceber com facilidade  
e, talvez, o desenrolado  
muito - artivas e cellos e -*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Necessidade de reposo*

**COMPREV**

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

**PROTÓCOLO**

AGÊNCIA RECIFE

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura clínica e

24 - CÓDIGO PRINCIPAL

5420

25 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

0404010/50

26 - CÓDIGO ASSOCIADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*descolar*

28 - CLÍNICA

30 - DATA DE INSCRIÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

34 - CNPJ

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

36 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

37 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

38 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

39 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

40 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

41 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

42 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

43 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

44 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

45 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

46 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

47 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

48 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

49 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

50 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

51 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

52 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

53 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

54 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

55 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

56 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

57 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

58 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

59 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

60 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

61 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

62 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

63 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

64 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

65 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

66 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

67 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

68 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

69 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

70 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

71 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

72 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

73 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

74 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

75 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

76 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

77 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

78 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

79 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

80 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

81 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

82 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

83 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

84 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

85 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

86 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

87 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

88 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

89 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

90 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

91 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

92 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

93 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

94 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

95 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

96 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

97 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

98 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

99 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

100 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

101 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

102 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

103 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

104 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

105 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

106 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

107 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

108 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

109 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

110 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

111 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

112 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

113 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

114 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

115 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

116 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

117 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

118 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

119 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

120 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

121 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

122 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

123 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

124 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

125 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

126 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

127 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

128 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

129 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

130 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

131 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

132 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

133 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

134 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

135 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

136 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

137 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

138 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

139 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

140 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

141 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

142 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

143 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

144 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

145 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

146 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

147 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

148 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

149 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

150 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

151 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

152 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

153 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

154 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

155 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

156 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

157 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

158 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

159 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

160 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

161 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

162 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

163 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

164 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

165 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

166 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

167 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

168 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

169 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

170 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

171 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

172 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

173 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

174 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

175 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

176 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

177 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

178 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

179 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

180 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

181 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

182 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

183 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

184 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

185 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

186 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

187 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

188 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

189 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

190 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

191 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

192 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

193 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

194 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

195 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

196 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

197 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

198 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

199 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

200 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

201 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

202 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

203 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

204 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

205 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

206 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

207 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

208 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

209 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

210 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

211 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

212 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

213 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

214 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

215 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

216 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

217 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

218 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

219 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

220 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

221 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

2



# Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 09/05/2019	Atendimeto: 0014972	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00115967 - ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
<i>Osteosseos fixos e cervicais</i>	<i>0408040150</i>	
Data: <i>10/05/19</i>	Inicio:	Término
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Antônio</i>		
2º Auxiliar: <i></i>		
Anestesista: <i>Antônio</i>		
DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA: <i>Sob anestesia geral se realizou degradação de placas, cular e fixar face superior levando participar em uma placa por placas, alongando os ossos, reduzindo e fixando ao necessário os fios KIRSCHNER setas por placas e fixador</i>		
<i>Antônio Rodrigues de Melo</i> CRM 7331 CPF: 058.552.003-25		
Assinatura do Cirurgião		

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

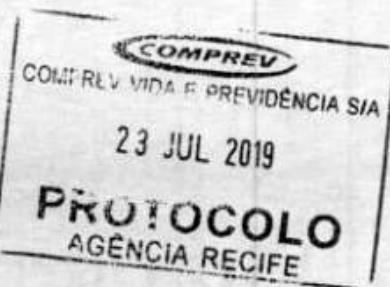
23 III 2019

*Pm.*





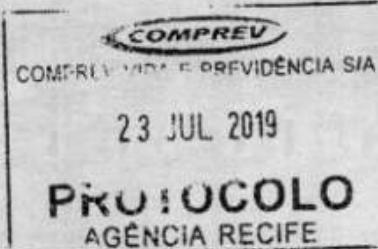
Contato Policia: (87) 9.9988-5158  
(87) 9.9243-8886



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 20091617294921900000066772395

Num. 68078060 - Pág. 18

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 20091617294921900000066772395

Num. 68078060 - Pág. 19

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190443356      **Cidade:** Arcos de Xanxerê      **Natureza:** Invalidade Permanente  
**Vítima:** ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 28/04/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame** APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA AOS MOVIMENTOS DE  
**físico:** ADUÇÃO, ABDUÇÃO, RA E RP. RELATA DOR LOCAL E LEVE PERDA DE FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA. SEM DEMAIS A RELATAR.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** REALIZOU EM TORNO DE 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190443356      **Cidade:** Arcos de Xanxerê      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALLAN KLEBER SILVA DO      **Data do acidente:** 28/04/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
NASCIMENTO

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

**Data da análise:** 10/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA. P7

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @3 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249845/19

**Vítima:** ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

**CPF:** 102.753.744-83

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/04/2019

**Titular do CPF:** ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO : 102.753.744-83**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019  
Nome: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO  
CPF: 102.753.744-83

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019  
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA  
CPF: 118.262.994-67

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443356

Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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.

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. 00189/00190 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060095

Carta nº 14614338



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 20091617294921900000066772395

Num. 68078060 - Pág. 23



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190443356**

**Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 28/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

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. 01327/01328 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14614745





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443356 Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

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

23 DECEMBER 2000  
WANG ET AL.

00050876

Carta n° 14692196



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 2009161729492190000066772395

Num. 68078060 - Pág. 25



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443356 Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

## **Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

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

卷之三



Carta n° 14709997



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 2009161729492190000066772395

Num. 68078060 - Pág. 26



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443356 Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 28/04/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido

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 01873/01874 - DATA 02 - INVAÍDIZ

10001881

Carta n° 14763867



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número do documento: 20091617294921900000066772395

Num. 68078060 - Pág. 27



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443356**      **Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 28/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 01037/01038 - carta\_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443356**      **Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente:** 28/04/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Per

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

Recebedor: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007922

Conta: 0000016137-2

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

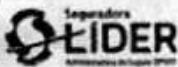
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 17:29:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091617294921900000066772395>  
Número de documento: 20091617294921900000066772395

Nº 68078060 - Pág. 29



## 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:
37	102.753.744-83	Allan Kleber Silva do Nascimento

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

5 - Nome completo: Allan Kleber Silva do Nascimento		6 - CPF: 102.753.744-83	
7 - Profissão: Ajudante Pedreiro	8 - Endereço: Rua C	9 - Número: 28	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São Geraldo	12 - Cidade: Arcoverde	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56515-260
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTON 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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (severamente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (337)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0915

CONTA: 985460409

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (severamente para os bancos abaixo)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 aos efeitos da efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalides permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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.

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou nascituras/juvenis?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou  Sim  Não filhos/viúvo/vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário  
que assinou o pedido

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Arcoverde-Pe, 05/07/2019

ALLANKLEBERSilvadonascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador   
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

