



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
68078060	16/09/2020 17:29	<a href="#">Dossiê Adm</a>	Outros (Documento)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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:

Allen Kleber Silva do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

Allen 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, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0915

CONTA: 988488409

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL - 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):

☐ 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 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 Líder 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 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 (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascidos (menores)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não atestada

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: Arcoverde-Pe, 05/07/2019

ALLAN KLEBER SILVA do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08 AGO 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE





AUTO-ATENDIMENTO -

DATA: 23/07/2019

HORA: 11:19:24

TERMINAL: 09151021

CONTROLE: 091510210108

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  
lançamento 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

Divisão da CAIXA: 0800-725 7474

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



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08 AGO 2019

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



**Lauda 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 Arcoverde 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 (\*).
- |  |   |
|--|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 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 - DP156ªCIRC  
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0246001657

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)  
ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)  
DERIVALDO RODRIGUES LEITE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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 SERVIÇOS 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: **NÃO INFORMOU** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DERIVALDO RODRIGUES LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DERIVALDO RODRIGUES LEITE**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO 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

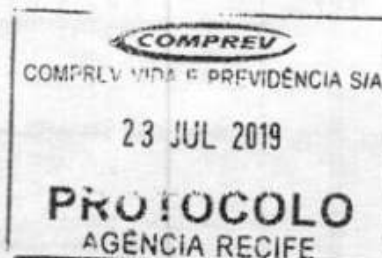
Complemento / Observação

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 CIRURGICO. 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: ☐ OMS (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 RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

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, 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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0915 CONTA: 985460409 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez 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 assinado, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

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

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

37 - (¹) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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 do Representante Legal (se houver)

FFS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador

COMPREV  
COMPRV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

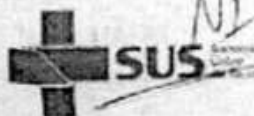




61  
37  
162



Pernambuco



Hospital do  
Tricentenário

domingo, 28 de abril de 2019

NOME: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

MÃE: IZABEL CRISTINA DA SILVA

PAI: ALUIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO

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

COR: PARDO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

PROFISSÃO: AJUDANTE DE PEDREIRO

ENDEREÇO: RUA C

BAIRRO: VILA DO PRESIDIO

CIDADE: ARCOVERDE

MEIO DE TRANSPORTE:

TELEFONE:

CELULAR:

CELULAR:

CPF: 102.753.744-83

RG:

CNS: 700.0058.0106.6203

SEXO: MASCULINO

Nº: 28 AP: BLOCO:

COMPLEMENTO:

CEP: 56515-260

NATURALIDADE: ARCOVERDE

ENCAMINHADO:

SENHA:

FICHA:

9378

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO 28/04/2019 02:42:13

RAFAEL BARBOSA

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> FEBRE       | <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE RESPIRAR    |
| <input type="checkbox"/> VÔMITOS     | <input type="checkbox"/> CONFUSÃO MENTAL            |
| <input type="checkbox"/> FRAQUEZA    | <input type="checkbox"/> DISTÚRBO 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:

PESO:

FR:

SATO2:

ALÉRGICO:

NEGA

PA: 109 X 69

HGT:

FC:



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS: NEGA

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

### EM CASO DE ACIDENTE

INVESTIGAÇÃO: ☐

ACIDENTE DE TRANSITO: MOTO

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO

AGRESSÃO: NÃO

AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO: NÃO

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES: NÃO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: VIA PÚBLICA

RESPONSÁVEL:

FATOR DE PROTEÇÃO: CAPACETE

MODO: NÃO

DESCRIÇÃO:

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITAL (VEH)

NOTIFICAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( ) RESPONSÁVEL:

Marcia Silva  
MÉDICO - R. 104  
Epidemiologia

ESPECIALIDADE: ORTOPEDISTA

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

### ATENDIMENTO MÉDICO

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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*Per. no ombro O. Ops queda de moto*

*Assinado*

*Assinado*



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	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

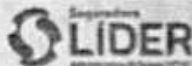
---

---

Autenticação:

85D93A816503BF700DF7372685CB8D494D942F9C44456F7BA2B35079263F700F





## 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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 94

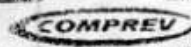
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Cuidado: 0800 021 91 35

Eu, Derivaldo Rodrigues Leite  
RG nº 4385995, data de expedição 21/07/2003  
Órgão SS PE, portador do CPF nº 82188742500  
com domicílio na cidade de Arcoverde, no Estado de  
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA R. COHAB A1, 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 Kleber Silva do 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: 28/04/2019

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 VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



**1º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS** | Lado B do Arquivo - Defensor

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

Assinado por autoridade e firma indicadas de Geraldo Rodrigues Leite  
 que confere o padrão registralmente correto. Ouf. ARCOVERDE, 02 de julho de 2019.

Em testemunho de verdade  
 MARIA DE LOURDES VIEIRA OLIVEIRA (ESCREVENTE SUBSTITUTA)  
 Sinal: R\$ 0,90 taxa R\$ 1,92 Total R\$ 4,91. Válido somente com o selo DOT3676-4MCD022001-020197  
 Consulte a Autenticidade em www.tje.jus.br/validadigital



**2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS** | Lado B do Arquivo - Defensor

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

Assinado por autoridade e firma indicadas de Geraldo Rodrigues Leite  
 que confere o padrão registralmente correto. Ouf. ARCOVERDE, 02 de julho de 2019.

Em testemunho de verdade  
 MARIA DE LOURDES VIEIRA OLIVEIRA (ESCREVENTE SUBSTITUTA)  
 Sinal: R\$ 0,90 taxa R\$ 1,92 Total R\$ 4,91. Válido somente com o selo DOT3676-4MCD022001-020197  
 Consulte a Autenticidade em www.tje.jus.br/validadigital



**COMPREV**  
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 23 JUL 2019  
**PROTOCOLO**  
 AGÊNCIA RECIFE





61  
37  
162



Pernambuco



SUS



Hospital do  
Tricentenário

domingo, 28 de abril de 2019

NOME: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

MÃE: IZABEL CRISTINA DA SILVA

PAI: ALUIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO

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

COR: PARDO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

PROFISSÃO: AJUDANTE DE PEDREIRO

ENDEREÇO: RUA C

BAIRRO: VILA DO PRESIDIO

CIDADE: ARCOVERDE

MEIO DE TRANSPORTE:

TELEFONE:

CELULAR:

CELULAR:

CPF: 102.753.744-83

RG:

CNS: 700.0058.0106.6203

SEXO: MASCULINO

Nº: 28 AP: BLOCO:

COMPLEMENTO:

CEP: 56515-260

NATURALIDADE: ARCOVERDE

ENCAMINHADO:

SENHA:

FICHA:

9378

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO 28/04/2019 02:42:13

RAFAEL BARBOSA

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> FEBRE       | <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE RESPIRAR    |
| <input type="checkbox"/> VÔMITOS     | <input type="checkbox"/> CONFUSÃO MENTAL            |
| <input type="checkbox"/> FRAQUEZA    | <input type="checkbox"/> DISTÚRBO 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:

PESO:

FR:

SATO2:

ALÉRGICO:

NEGA

PA: 109 X 69

HGT:

FC:



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

23 JUL 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS: NEGA

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

### EM CASO DE ACIDENTE

INVESTIGAÇÃO: ☐

ACIDENTE DE TRANSITO: MOTO

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO

AGRESSÃO: NÃO

AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO: NÃO

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES: NÃO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: VIA PÚBLICA

RESPONSÁVEL:

FATOR DE PROTEÇÃO: CAPACETE

MODO: NÃO

DESCRIÇÃO:

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITAL (VEH)

NOTIFICAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( ) RESPONSÁVEL:

Marcia Silva  
MÉDICO - ADM. 104  
Epidemiologia

ESPECIALIDADE: ORTOPEDISTA

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

### ATENDIMENTO MÉDICO

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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

*Per. no ombro O. Ops queda de moto*

*Assinado*

*Assinado*



# PEDIDO DE EXAME

DATA SETOR

EXAME

POSOLOGIA

OK



Dinamite Okapi 1000g  
Dexametasona Okapi 1000g  
Metrizolol Okapi 1000g

Felipe Araújo  
CRM 10.000/2019  
Cirurgião Geral

Felipe Araújo  
CRM 10.000/2019  
Cirurgião Geral

## CONDUTA MÉDICA

Exatidão / med / tipo / Dose / duração / a forma tratada

1ª cirurgia

Felipe Araújo  
CRM 10.000/2019  
Cirurgião Geral

## EVOLUÇÃO

\* Anamnese por el seu filho e o pro elétrico

## CONDIÇÕES DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Melhorado ( ) Óbito ( ) Evasão ( ) Transferência ( ) Indisciplinas ( )

Transferido para:

SENA FARMACIA

Data/hora:

28/08/2019 03:38

Senha:

28

Assinatura e identificação do Médico

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
23 JUL 2019  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



**Dr. Fred Veras**  
Reumatologia  
CRM 6488-PE CPF 129098314-34

**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 - Arcoverde - 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 18 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 da 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.

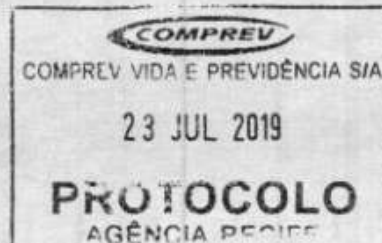
Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 03 de julho de 2019



Dr. Fred Veras  
Reumatologia  
CRM 6488-PE CPF 129.098.314-34

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





# Hospital São Vicente

Data Atend: 09/05/2019	Atendimento: 0014972	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00115967 - ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO		
Data Nasc: 05/04/1992	Idade: 27 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: AJUDANTE	Naturalidade: ARCOVERDE	Estado Civil: Solteiro
Nome Pai: ALIIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO		Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Mãe: ISABEL CRISTINA DA SILVA		
Endereço: RUA C, 28 - SAO GERALDO - ARCOVERDE - PE		
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9917.72261		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ( ) Acidente de Trabalho ( ) Outros Acidentes ( ) Agressão ( )		
Suicídio ( ) Casual ( ) Outros ( )		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ( )
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>paciente em uso de medicação para hipertensão e diabetes, com sintomas de dor no peito e tosse.</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>Teste - COVID-19 (+)</i>		
ADT: <i>hemograma / coagulograma</i>		
Diagnóstico Final: <i>Teste - COVID-19 (+)</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	Data do Internamento: <i>9, 5, 19</i>
Melhorado <input checked="" type="checkbox"/>	Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data da Alta: <i>11, 5, 19</i>
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Local: <i>SAO GERALDO</i>
Piorando ( )	Transferência ( )	
Óbito + 48h ( )	Evasão ( )	
Óbito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Óbito em ____/____/____		
Hora: ____:____		

Medico Responsavel

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO



# GUIA DE TRANSFERÊNCIA

<b>Identificação do Estabelecimento</b>		DATA DA SOLICITAÇÃO 28/04/19 16:27
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE		Nº SOLICITAÇÃO 557098
MÉDICO SOLICITANTE EDUARDO HENRIQUE WANDERLEY ARCOVERDE		

<b>Identificação do Paciente</b>		Nº DO PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO		SEXO MASCULINO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO 05/04/1992	TELEFONE DE CONTATO 87991150588
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ISABEL CRISTINA DA SILVA		
ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO) RUA C VILA SÃO JOSE, 28, SÃO GERALDO		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ARCOVERDE	COD. IBGE MUNICÍPIO 2601201,00	UF PE

<b>Dados sobre o Transporte</b>		DATA DE EMISSÃO 09/05/19 07:29
MODO DE TRANSPORTE AMBULÂNCIA		
OBSERVAÇÃO		
OBSERVAÇÃO EXCUTANTE		

<b>Regulador</b>		
MÉDICO REGULADOR DEBORAH SCHOR		
Tipo de Leito CIRÚRGICO	ESPECIALIDADE ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	

<b>Executante</b>		DATA DE AUTORIZAÇÃO 07/05/19 19:25
ESTABELECIMENTO CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA		
MÉDICO AUTORIZADOR		

**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
23 JUL 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

21 - 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

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

00115967

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 / 1992

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

ISABEL CRISTINA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 9 9 1 7 7 2 2 6 1

13 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA C, 28 SÃO GERALDO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARCOVERDE

17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

2601201

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 5 1 5 2 6 0

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Posição supinacal, M.E., alby-  
meidade, permeabilidade e frouxidão  
e, calado, não se sustentam  
novas - artírias occlusas e.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. Cholelítico e AD  
Fratura clavicular e

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S420

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA REGIST

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - DATA DE INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/05/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8803

Médico Autorizador

X1/SERES

261910502029-1

02

02

09.05.19 11.05.19





Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 09/05/2019	Atendimento: 0014972	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00115967 - ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
Osteotomia de Langer		0408050/50
Data: 09/05/19	Início:	Término:
Cirurgião: R. de		
1º Auxiliar: Antonio		
2º Auxiliar:		
Anestesista: C. H. S.		
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:		
<p>Abertura da pele e desbridamento da ferida com lavagem e drenagem. Realização de osteotomia de Langer e fixação com placas e parafusos. Realização de fixação do osso com fio KIRSCHNER e sutura da pele e mucosa.</p>		
<p>Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7331 CPF: 058.552.003-25</p>		
Assinatura do Cirurgião		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 02R-03

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARVALHO RIBEIRO



ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 8.900.576

DATA DE EMISSÃO 20/05/2019

NOME << ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO >>

FUNÇÃO << ALUIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO >>

<< ISABEL CRISTINA DA SILVA >>

NATURALIDADE ARCOVERDE - PE

DATA DE NASCIMENTO 05/04/1992

ZOC. ORDEM << CN. 2384 L.25 F.85 CART. ARCOVERDE - PE 01.10.1992 >>

CPF 102.753.744-83

PABLO A. B. CARVALHO

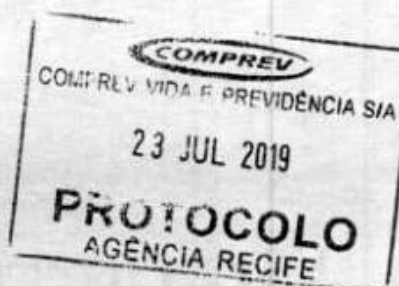
DELEGADO DO INSTITUTO

REPUBLICA DO BRASIL

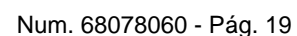
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 19/06/2018

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



**COMPREV**  
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A  
23 JUL 2019  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190443356 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez 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 físico:** 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.

**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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249845/19

**Vítima:** ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

**CPF:** 102.753.744-83

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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





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,

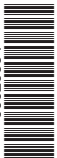
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14614745

Pag. 01327/01328 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020664





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

Pag. 01751/01752 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050876



Carta nº 14692196





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

Pag. 00181/00182 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060081



Carta nº 14709997





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: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

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. 01973/01974 - carta\_02 - INVALIDEZ

00010987



Carta nº 14763867





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.

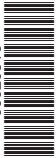
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01037/01038 - carta\_25 - INVALIDEZ

00020519





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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (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 RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

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, 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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0915 CONTA: 985460409 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez 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 assinado, 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinado

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

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

37 - (¹) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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 do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador

COMPREV  
COMPRV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

