



Número: **0041499-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IRINALDO DE SOUZA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70312 666	29/10/2020 15:32	2752329_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00414992920208172001

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

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

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





Número: **0041499-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IRINALDO DE SOUZA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70312 669	29/10/2020 15:32	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707959

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

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 15263995





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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707959

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

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. 00271/00272 - carta_02 - INVALIDEZ

00030136



Carta nº 15301514





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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707959

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **IRINALDO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000057725-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 328.104.154-04 4 - Nome completo da vítima: Arnaldo de Souza

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

5 - Nome completo: Arnaldo de Souza 6 - CPF: 328.104.154-04
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua Antônio Pires 9 - Número: 90 10 - Complemento:
11 - Bairro: Maracanã 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 5546-090
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (019) 9298 3084

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 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 57725 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 6.194/74, 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nº Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravata, 23/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181001562**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/1/2017** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SITIO JATÓBA, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR \ AGENTE)
JOSE COSTA DE ARRUDA (NOTICIANTE)
IRANILDO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE COSTA DE ARRUDA

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

JOSE COSTA DE ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA COSTA DE ARRUDA** Pai: **HELENO LUIS DE ARRUDA** Data de Nascimento: **2/10/1984** Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7104490/SDS/PE (RG). 06256407482 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, , SITIO JATOBÁ, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRANILDO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARQUES DE SOUZA** Pai: **JOSE MARIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **25/7/1960** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2337091/SDS/PE (RG). 32810415404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 90, RUA PAULINO PAES, VILA DE MANDACARU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

11/09/2019 11:16



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYT0922** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **1028574239** Chassi: **9C2KC1680FR524769**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE COSTA DE DE ARRUDA PASSA A DECLARAR QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA TENDO COMO GARUPA O SENHOR IRANILDO DE SOUZA, QUE AMBOS TRAFEGAVAM PELA ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SÍTIO JATOBÁ, ÁREA DE SAIRE -PE. QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) QUE ATRAVESSOU A ESTRADA CORRENDO; QUE, AMBOS CONDUTOR E GARUPA CAÍRAM AO CHÃO, SENDO QUE O SENHOR JOSE COSTA DE ARRUDA TEVE APENAS PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VITIMA IRANILDO DE SOUZA FICOU LESIONADO E PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL MAIS PROXIMO, (HOSPITAL DR. PAULO VEIGA PESSOA) NA CIADE DE GRAVATÁ-PE, CONFORME REGISTRO DE Nº 166785, ASSINADA PELO MEDICO DR. WILSON DE OLIVEIRA, CREMEPE 7803, E DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE COM REGISTRO DE Nº 263.223, DOCUMENTAÇÕES ESTAS APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA. NADA MAIS A DECLARAR.

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

Jose Costa de Arruda

JOSE COSTA DE ARRUDA
(NOTICIANTE)

IRANILDO DE SOUZA
(VITIMA)

Iranildo de Souza

B.O. registrado por: **CICERO ABÍLIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



11/09/2019 11:16



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: 328.104.154-04 4 - Nome completo da vítima: Arnaldo de Souza

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

5 - Nome completo: Arnaldo de Souza 6 - CPF: 328.104.154-04
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua Paulino Pires 9 - Número: 90 10 - Complemento:
11 - Bairro: Maracanã 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 5546-090
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (0199) 983084

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 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 57725 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 6.194/74, 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravata, 23/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRINALDO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000057725-0

Nr. da Autenticação 8FEE6A3B2DB2264E



S. Amarelo

Hospital Geral de Gravata Dr. Paulo da Veiga Pessoa
SOUTO MAIOR, NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, Gravata - PE
CEP: 55642-250, Fone: (81) 3533-0423 | (81) 3533-0423



FICHA DE ATENDIMENTO

1º Foto do Paciente
R. 1000
M. 3273

Cópia do Original

Número do Registro 166785	Data e Hora do Atendimento 15/01/2017 20:24	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada RECEPÇÃO GERAL
------------------------------	--	--	------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000129169 IRINALDO DE SOUZA			
CNS:	Nascimento: 25/07/1960	Idade: 56	Sexo: Masculino Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão:	Naturalidade:	Nacionalidade: Brasileiro
Documento: Ignorado	Filiação: SEVERINA MARQUES DE SOUZA JOSE MARIA MARQUES DE SOUZA		
Endereço (Av., Rua, etc): PAULINO PARS 90 Complemento:			
Bairro: MANDACARU	Cidade: GRAVATA	UF: PE	Telefone:
Acompanhante: GENRRO			
Ocorrência:			
Procedência: ZONA RURAL		Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐	
Dados da triagem		Meio de Transporte:	

Atendimento com nota em

Atendimento Médico:

Data: / /	Hora:	Médico:	CRM:
-----------	-------	---------	------

Queixa Principal: *Transtorno de ansiedade*
Sintomas: insônia, irritabilidade

Evolução:

Características do caso:
Adaptação da vida
Wilson de Oliveira Brito
CRM: 10000





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) Irinaldo de Souza
Esteve internado nesta Unidade Hospitalar, nos dias ;16/01/2017 a 03/02/2017

REGISTRO: 263.223

Diagnóstico: Fratura de Fêmur .

Tratamento: Cirúrgico.

OBS : CID: s82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Maio de 2017

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAHE do HRA
Matrícula: 12450

Setor de arquivo (same)

00-704 975/0269-27
FUSAM - HRA - Hospital Regional
Caruaru - PE
RQ 2017 - 133
Informação: 133
Caruaru - PE



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Rivaldo do foye

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Ornede de out
e fracture em
1 distal de
3
coxa D. Osteorin-
tese. ver Rx
inicial tipo tro-
pic. shunt
mantido afastado
do tubalino
por 90 (noventa) dias.
tubalino de uso
autonomo - sic.
2094

Data

01/10/20

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício.
Eleida Monteiro de Souza

Ortopedia - Traumatologia

CRM - 10360

1º Lugar

2º Concurso 89



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Rivaldo Souza

Prontuário:

263223

Data:

16/01/2017

Hora:

DIAGNÓSTICO:

fract. Fech

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Cura

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Milton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10860

Alta Hospitalar: Data:

3/2/17

Hora:

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PER
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Rivaldo Souza

Prontuário: 263223

Data: 31.01.2017

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fract. Fech

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Cum

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Milton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10867

Alta Hospitalar: Data: 31.01.2017

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





Prefeitura de
GRAVATÁ
A cidade cresce com a gente

Secretaria de Saúde

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o Sr. Antônio
José de Santana, é portador de uma sub-
normal (V2 sombras) além de sequelas de
artrose reumatoide nas mãos além de osteo-
artroses em quase toda a coluna óssea. De-
ambula com dificuldade com o suporte de
bengalas. Pelas razões acima o mesmo
não tem as mínimas condições laborativas
sendo assim o mesmo solicita ser classifi-
cado por Incapacidade (CID H54, H43.5, M20)

30/04/15

Frederico Marcos F. Amorim
Médico Clínico
CRM 4281

Sugestão, Reclamação, Elogios

Rua XV de Novembro, 121 - Nossa Senhora das Graças - Gravata - PE
Fone: 3563-9024 - e-mail: ouvidoriasus@prefeituradegravata.pe.gov.br



ATESTADO MÉDICO
NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO CPM Nº 1851/2008

Declaro para os devidos fins que o(a)Sr(a).

Bruna Flávia Ferreira

É portador(a) da seguinte patologia (CID 10):

A30

Data de início da doença:

Há 1 ano e 6 meses

Com as seguintes consequências para a saúde do paciente:

Limitação a caminhada, perda de força de
membranas inferiores

A incapacidade que acomete o paciente é (permanente/temporário, total/parcial):

Permanente parcial

No caso de incapacidade temporária o prazo para a recuperação do paciente é de:

Assinatura e Carimbo do Médico

(CRM nº _____)

Em 28 / 10 / 2016


Augusto César Dal Cheneon
Médico
CRM/PE: 23333



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2.337.091

DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2017

NOME << IRINALDO DE SOUZA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MARIA DE SOUZA >>
<< SEVERINA MARQUES DE SOUZA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 25/07/1960

DOC. ORDEM << CC. 32.345 L.858 F.238 CART. 1

RECIFE-PE 06.01.1993

OFF 328.104.154-04

ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 2008/83

417020915031355 733158

F-16 165/3

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09-454

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO THOMAS REBEL

PUBLICAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

IRINALDO DE SOUZA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 328.104.154-04

Nome IRINALDO DE SOUZA

Nascimento 25/07/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

18 DEZ 2019

PROTOCOLO

NCIA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012213758532
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1028574239 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

JOSE COSTA DE ARRUDA

RECIFE-PE

0

CPF / CNPJ 062.564.074-82

PLACA OYT0922

PLACA ANT. UF ***** / PE CHASSI 9C2KC1680FR524769

ESPÉCIE TIPO FAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCOOL / GASOL
MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN E3DI ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP. POT. CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I 1PVA 2017 GOBETADO 1* *****
P PAIXA 1PVA PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
V A 1 ***** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10% (R\$) PRÊMIO 100% (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor-Presidente DETRAN/PE

DATA 02/02/17

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012213758532 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE COSTA DE ARRUDA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

0

RECIFE-PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 02/02/17

VIA 1 CPF / CNPJ 062.564.074-82 PLACA OYT0922

RENAVAM 1028574239 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN E3DI

ANO FAB. 2014 CAT. DIR. 09 CHASSI 9C2KC1680FR524769

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190707959 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRINALDO DE SOUZA **Data do acidente:** 15/01/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 1/3 distal do fêmur direito.

Descrição do exame físico: Ao exame apresentando marcha claudicante, com hipotrofia do quadríceps direito com encurtamento do membro com rigidez em semi flexão do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com placa e parafusos para redução da fratura.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458410/19

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

CPF: 328.104.154-04

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 15/01/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IRINALDO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IRINALDO DE SOUZA : 328.104.154-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/12/2019
Nome: IRINALDO DE SOUZA
CPF: 328.104.154-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

IRINALDO DE SOUZA

JONATAN BARBOSA DE BARROS



**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: **3190707959**

Nome do(a) Examinado(a): **IRINALDO DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PAULINO PAES, 536 - Mandacaru - Gravatá - PE - CEP 55646-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **2337091**

Data e local do acidente: [**15/01/2017**] **Sairé**

Data e local do exame: [**03/01/2020**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do 1/3 distal do fêmur direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresentando marcha claudicante, com hipotrofia do quadríceps direito com encurtamento do membro com rigidez em semi flexão do joelho direito.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com placa e parafusos para redução da fratura.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro inferior direito

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

VII. Segundo 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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

