



Número: **0044121-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.192,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69139 468	06/10/2020 17:31	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

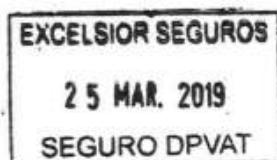


http://www.iomega.com



CDD OLINDA PE/CTC RECIFE PE CIDB
ELISANGELA MARIA DA SILVA
AV TIRADENTES 366
CS - RIO DOCE
53080-490 OLINDA PE

SEQ.: V90.TR_002_A4_COBENPB_LT001/D0000442/DPAGA1/119/F-3/P-2/B - 12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Antônio Monteiro Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554-45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a), do Beneficiário Elenilso José do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 281517138-44, do sinistro de DPVAT cobertura INVALOR da Vítima Elenilso José do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 281517138-44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Al. financeiros</u>	Número <u>366</u>	Complemento
Bairro <u>RIO BOCE</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado CEP
Email <u>MS ASSESSORIA006@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) ____	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81764047</u>

OLINDA, PE de 25.03.19
Local e Data


Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURADO PVAT



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/12/2018 13:49

	Nome Paciente:	ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	06/05/1973
	Sexo:	Masculino
	Idade:	45
	Senha:	0109
	Convênio:	-
	Atendimento:	-
	SAME:	-

Período: 11/12/2018 13:53 - 11/12/2018 13:54

DANIELLE FRANÇA D'ALBUQUERQUE ALVES - COREN: 133786 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR LOMBAR E MID E ESCORIAÇÕES EM MAOS APOS QUEDA DE MOTO SIC

Observação:

NEGA ALERGIA

HAS-

DM-

rograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. DISTOLICA: 60.00 MMHG

- P.A. SISTOLICA: 133.00 MMHG

Acolhido(a) por: DANIELLE FRANÇA D'ALBUQUERQUE ALVES - COREN: 133786 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO
Data Impressão: 11/12/2018 13:54



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/12/2018 17:15

	Nome Paciente: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 06/05/1973
	Sexo: Masculino
	Idade: 45
	Senha: 0162
	Convênio: -
	Atendimento: SAME:

Período: 12/12/2018 17:15 - 12/12/2018 17:15

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RETORNOU DO HMA DIA 12/12/18
DOR NA LOMBAR + MID E ESCORIACOES NA MAO AOS AC DE MOTO

Observação: NEGA ALERGIA
NEGA HAS E DM

Exograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 12/12/2018 17:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 5

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

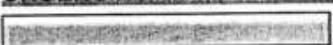
Data e hora retirada da senha: 13/12/2018 17:59

Nome Paciente:	ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	06/05/1973
Sexo:	Masculino
Idade:	45
Senha:	0166
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 13/12/2018 18:00 - 13/12/2018 18:00

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA- AMARELO

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: DOR LOMBAR + ESCORIAÇÕES NAS MÃOS
ACIDENTE DE MOTO

Observação: PACTE HÁ MAIS DE 24 HS NA UNIDADE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Excrimador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/12/2018 18:00



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5514637
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente:	<u>ELISENILVA</u>	IDENTIFICAÇÃO	<u>M</u>	Idade:	<u>45</u>
Sexo: M () F () Profissão:	<u> </u>		Fone:		
Endereço Residencial:			Bairro:		
Cidade:					

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Quada: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual:	<u>Aumento de peso com Tontura e Tontura</u>	
Hipótese Diagnóstica:	<u>Ex. Tontura</u>	
CAUSAS CLÍNICAS		
EXAME: SNC + ESQ		
AVALIAÇÃO CLÍNICA		

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P. A.: _____ X
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N() Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100





HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.A.T.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDENTIFICADO (A).

NOME: Elenildo José do nascimento

REGISTRO: 761347 DATA DE NASCIMENTO: 06 / 05 / 1973

RG: 38 4955236 ORGÃO EMISSOR: SSP / SP

ENDEREÇO: Rua: Amazonas nº 227 Bairro: Farol

NOME DA MÃE: Cecy Mores de Lima

DATA ADMISSÃO: 13 / 12 / 2018 DATA ALTA: 20 / 12 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 17 / 12 / 2018 CID: 5 82.6

DIAGNÓSTICO: Fratura do maléolo Lateral Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Unimaleolar do Tornozelo Direito

MÉDICO: Leonardo Silveira

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GURARAPES, 07 DE Janeiro DE 2019.

Dr. João Pedro Romeiro
Ortopedista Traumatologista
CRM-ME 22422

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 8

Convênio: SUS - INTERNACAO
Responsável:
Nome: ELENILO DE JOSÉ DO NASCIMENTO
Idade: 45 Anos, 7 Meses e 7 Dias
CPF: 084955216
Cidade: CECY ALVES DE LIMA
Endereço: RUA CECA, FOSFATO, CEP: 52630350, Nº 100, AEREA E LIMA - PR
Nome da Mkt: ELENI JOSE DO NASCIMENTO
Número do Pait: ELENI JOSE DO NASCIMENTO

Abandono: 190619
Prontuário: 781247
Sexo: Masculino

Data e Hora do Abandono: 13/12/18 22:03:30

Ecolanidade:

Telefone:

Carro: SUS: 918001285545471

Contágio: Estado Civil:

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA
Enfermeiro / Leito: ENP 15 - LEITO 04

* Técnico: MILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 6262
CID:

RESUMO DE INTRAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE TORNOCZELO DIREITO + FRATURA DE 2º QDD+FRATURA DO 5º TÍC ESQUERDO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL

TEGR, SUPINÉICO, AFEBRIL, SEM EDÉMAS

AP - CARDIO - UVEOLAR

NDN

AP - RESPIR. TÓXICO

NDN

ABDOMEN:

NDN

A - GENITO - UROLOGICO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TORNOCZELO DIREITO + FRATURA DE 2º QDD+FRATURA DO 5º TÍC ESQUERDO

DIAGNÓSTICO DEFATIVO:

CONDICÕES DE SAÍDA

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 6262

Av. General Henrique Rabelo - Nº126 - Centro - Japãozinho das Guaranápeas - CEP: 54160-000
TELEFONE: 3402-9058 - www.hmjpe.org

Paciente: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

Data: 17/12/2016 11:24:13

Nome: 11114

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ATIB

Nome: ELENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO

Prontuário: 761047

Endereço: 190519

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 15 - LEITO 04

Diagnóstico Principal (Constante no Laudo Médico):

FRATURA MALLEO LATERAL DIREITO

CIC: 8825

Procedimento Subscrito: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOCÉL UNIMALEOLAR

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento S.A.E. Realizado: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOCÉL UNIMALEOLAR

Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxiliar Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxiliar Cirúrgico: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

3. Auxiliar Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Enfermeiro: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

Mudança de Procedimento

Uso de Prótese Cirúrgica

Cláusula UTI

Uso de Fibras de Coagulação

Cláusula de Admissibilidade

Uso de Oxigenadores

Vacina Anti-HB

Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico Principal: 8825 - FRATURA DO MALLEO LATERAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 13/12/2016

Data de Alta: 20/12/2016

dia (s):

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 15469

Avenida General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-8868 - www.hmfp.br

Nome: FRANCISCO DINIZ
Data: 17/12/2013 11:20:34
Hora: 11:20

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
Atendimento: 190519
Sexo: Masculino

Prontuário: 761347
Unidade de Internação / Leito: BNF 15 - LEITO 04
Idade: 45 Anos, 7 Meses e 11 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S936 - FRATURA DO MALLEO LATERAL

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0406050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORMOZELA UNIMALEOLAR

Data: 17/12/2013

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

2. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

04. Instrumentador:

Anestesiador: RAQUEL ANESTESIA

05. + Arteterapeuta:

07. Anestesista:

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTIASSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
INCISÃO LONGITUDINAL POSTERIOR SOS MALLEO LATERAL DIREITO
ABERTURA POR PLANOS
VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
REDUÇÃO O MAIS ANATOMICA POSSIVEL DO SEGUIMENTO FRATURARIO
APOSIÇÃO DE PLACA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
LAVAGEM COM SPO.9%
SUTURA
CURATIVO TIPO JONES

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA
CRM: 25489

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 11

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
Data de nascimento 06/05/1973 RG 384955216 CPF SP

O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 11/12/2018
Nº do B.O. 19EO11B000654

Resumo clínico
Paciente vítima de acidente de trânsito de fato
Foi Trauma na mão + Tornozelo queimado

Diagnóstico Trauma Tornozelo direito + Fratura base do 3º metatarso + diafise

Tratamento Cintos do Tornozelo direito placa + os parafusos corticais

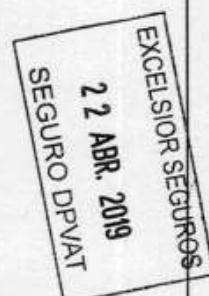
Sequelas 1. Deformidade angular + desequilíbrio pélvico
+ hiatismo nos movimentos de evasão do pé direito
curva Rioskieregurgia 70%

Data da alta ambulatorial definitiva 15/04/19 Obs. fratura definida

Abreu e Lima, 15 de Abrial de 2019

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278





EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 13



EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURÓ DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
SEGURÓ DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIUDADES

DENATRAN

DETAN - PE		Nº 013816098591
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	CÓD. REBAIXA	DATA INIC.
1	284304433	* * * * *
NOME		EXPIRAÇÃO
ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO		
ABREU E LIMA - PE		
CÓD. CIVICO		PLACA
281.517-138-44		PEE7392
PLACANTE/USUÁRIO		CLASSE
*****		9C2NC4210BR033562
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL
P&B MOTOCICLETA		GASOLINA
MARCAS/MODELOS		MARCA/ANO
HONDA/CB 300R		2011/2011
CARRO/CICL		CATEGORIA
2 P / 291CL		PARTIC
COTA UNICA		CONDICIONAMENTO
IPVA 2010 QUITADO		VEICULOGIA
IPVA/PUA		IPV * * * * *
VALOR		IPV * * * * *
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)
REGURO FAZ		DATA DE PAGAMENTO
SEM RESERVA		
OBSERVAÇÕES		
CONTRAN		
ABREU E LIMA - PE		
Charles Andrews Sousa Ribeiro		

PE N° 013816098591		BILHETE DE SEGURO DPVAT
ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO		
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT		
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO		
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR		
SAC DPVAT 0800 022 1204		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SEGURADORA LÍDER - DPVAT
DETALHAMENTO DA COBERTURA		DETALHAMENTO DA COBERTURA
ABREU E LIMA - PE		ABREU E LIMA - PE
VIA	CÓD. CIVICO	EXPIRAÇÃO
1	281.517-138-44	02/04/18
REBAIXA		DATA EMISSÃO
284304433		PEE7392
HONDA/CB 300R		MARCA/ANO
2011		9C2NC4310BR033562
ANDAR		Nº CLASSE
09		2011
PRÉMIO TARIFÁRIO		
IPV (R\$)		DEPRECIAÇÃO (R\$)
IPV (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IPV (R\$)
COTA UNICA		PRÓGRAMA
		PARCELADO
		DATA DE ENTREGA
OBSERVAÇÕES		
CONTRAN		
ABREU E LIMA - PE		
Charles Andrews Sousa Ribeiro		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09-248-608/0001-04

NOV-2017

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
 Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 15

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190227529 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE BASE DO 5º METACARPO ESQUERDO.
FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P.9) - TORNOZELO DIREITO.
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	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: 3190227529 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de maléolo lateral direito, fratura de segundo quirodáctilo direito, fratura de 5 metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Vítima com bloqueio articular do segundo dedo da mão direita, com limitação na flexão (20 graus), com déficit de força médio. Apresenta consolidação viciosa do 5

metacarpo esquerdo, realiza flexão a 25 graus, com déficit da força da mão de grau residual. Edema em tornozelo direito, com bloqueio articular, realiza flexão plantar a 35 graus, dorsal a 20 graus, déficit de força médio, sem alteração da marcha, presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com osteossíntese da fratura de tornozelo, imobilização nas demais lesões, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Recebeu alta médica em 04/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do tornozelo esquerdo.

Limitação funcional moderada do segundo quirodáctilo direito.

Limitação funcional residual da mão esquerda.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo esquerdo.

Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do segundo quirodáctilo direito.

Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade da mão esquerda.

OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.

Vítima indenizada em 50% do Tornozelo esquerdo, recebe agora indenização complementar.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			12 %	R\$ 1.620,00



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190227529

Nome do(a) Examinado(a): ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA AMAZONAS, 227 - Abreu e Lima/PE - CEP 53580-030

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 384955216 - ssp sp - 10/09/2003

Data e Local do Acidente : 11/12/2018 - Paulista, PE

Data e Local do Exame : 07/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de maleolo lateral direito, fratura de 2 QDD, fratura de 5 metacarpo esquerdo

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

Tratado cirurgicamente com osteossíntese da fratura de tornozelo, imobilização nas demais lesões, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias.

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

vítima com bloqueio articular do 2 dedo da mão direita, com limitação na flexão (20 graus), com deficit de força medio. Apresenta consolidação viciosa do 5 metacarpo esquerdo, realiza flexão a 25 graus, com deficit de força da mão de grau residual. Edema em tornozelo direito, com bloqueio articular, realiza flexão plantar a 35 graus, dorsal a 20 graus, deficit de força medio, sem alteração da marcha, presença de cicatriz cirúrgica.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não



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

limitação de grau medio de tornozelo direito, com bloqueio articular, residual de mão esquerda, com consolidação viciosa, medio do 2 dedo da mão direita com bloqueio articular.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

2 dedo da mão direita

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

Região Corporal

mão esquerda

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

Região Corporal

tornozelo esquerdo

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

Região Corporal

% 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.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 20

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Elneides José do Nascimento
 DATA DO ACIDENTE 11.12.18 CPF DA VÍTIMA 281.517.138-64

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
- BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABUA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS DPVAT 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 21/03/19

IDENTIDADE

ASSINATURA Roniomar

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

EXCELSIOR SEGUROS
 25 MAR. 2019
 SEGURO DPVAT

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
RG / CNH / TPS: 38.495.521, CPF 281.517.138-44

End: RUA AMAZONAS , 227 , FOSFATO , ABREU E LIMA

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE CPF: 012.891.554-45

End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que configura como vítima:

ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
CPF: 281.517.138-44



Abreu e Lima, 17 de 01 de 19

Elenildo Jose do Nascimento

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

Cartório Alfredo Mariano - TABELOMATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL ALFREDO MARIANO DE BRITO - Taboalão / Rua Col. Urbano Ribeiro de Sá, nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 53.523-560 - Fones: (81) 3542-4381/3541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTÊNTICIDADE a firma de **ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO** Abreu e Lima/PE, 17/01/2019
10:09:29, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 TSNR: R\$ 0,80 Total: 4,79 RC-5-70239

Elenilso - Mariano
TABELOMATO DE NOTAS E PROTESTO
Maria José Carneiro da Silva - Escrivente
Selo Digital: 0150607.OGT01201901.02603
consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br](http://tjpe.jus.br)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100860/19

Número do Sinistro: 3190227529

Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 281.517.138-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/12/2018

Titular do CPF: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 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: 22/04/2019

Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF: 012.891.554-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA





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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190227529 Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENILDO JOSÉ 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, contados 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 14102610



Pag. 01707/01708 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061731397880000067802550>
Número do documento: 2010061731397880000067802550

Núm. 69139468 - Pág. 24



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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190227529 Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização

abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000003715-3

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190227529 Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00299/00300 - carta_02 - INVALIDEZ



00030150

Carta nº 1425629



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 26



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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190227529 Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Informações que o pagamento da indenização

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.620,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau residual 10%

Graduação: Em grau residual 10%
8% Inválidas. Recurso: DRVAT /

% Invalidez Permanente DPVAI: (10% de 70%) 7,00%

Valor a Indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.620,00

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000003715-3

Tipo: CONTA POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número de documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 Pág. 27

ASL- 010086-0119



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118000654**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/01/2019 às 09:36****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **11/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ARTHUR LUNDGREN I (BAIRRO), 1, RODOVIA BR 101, EM FRENTE AO SENAI** - Bairro: **ARTUR LUNDGREN - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
 ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

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

ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CECY ALVES DE LIMA** Pai: **EDINIZ JOSE DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **6/5/1973** Naturalidade: **ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **384955216/SSP/SP (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 83345285**

Endereço Residencial: **RUA GENERAL ABREU E LIMA, 227, RUA AMAZONAS, FOSFATO - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEE7392** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

1 de 2

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019 17/01/2019 0:
 SEGURO DPVAT



Ano Fabricação/Modelo: **2011/NÃO INFORMADO**
Descrição: **HONDA CB 300**

Complemento / Observação

NESTA DELEGACIA O QUEIXOSO INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA RODOVIA BR 101, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO SENAI, HAVIA UMA MADEIRA DA PISTA, LOGO TENTOU SE DESVIAR DA MESMA, NAO CONSEGUINDO O SEU INTENTO, VINDO A COLIDIR CONTRA A MESMA, MOMENTO EM QUE O QUEIXOSO CAIU AO SOLO FRATURANDO O TORNOZELO, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA DE IGARASSU, RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS, (ATENDIMENTO 1032431), EM SEGUITA PARA O HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATAO, ONDE FOI FEITO A CIRURGIA EM SEU FERIMENTO, CONFORME ATENDIMENTO 190619.

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


ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARLENE VERA DA SILVA** - Matrícula: **3848418**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	281.517.138-44	<i>Elenildo José do Nascimento</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	<i>ELENILDO SOBRE-BO NASCIMENTO</i>		CPF:
Profissão:	Endereço:		Número: Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
<i>Fosfato</i>	<i>Anan e Ima</i>	<i>PG</i>	<i>81 81764043</i>
E-mail:			
<i>MS ASSESSORIA Q. Maria L.</i>			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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: **3122** **13** CONTA: **00003715** **3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, *Reufe 29.03.19.*
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura **25 MAR. 2019**

SEGURO DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o preenchimento e assinatura, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Atendimento: 1032431

Data e Hora: 11/12/2018 14:02

Classificação:

01(09)

Paciente: 67925 ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/05/1973 Idade: 45 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe:: CECY ALVES DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: CEARA

--

130

Bairro: FOSFATO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53580550

Usuário Atendimento: ANAPPN

RG (Identidade): 384955216

SSPSP

Data de Emissão:

CNS : 898002385549478

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88812594

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmhg
DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Autosoma de 41 dias com TOTMA. JF qd (c) de
TOMVEU (S) JE E dura. Ser OUTROS
dias*

*EXAME FÍSICO: Elv= 15, nega varicela, hinchados
nasas, possuem de escuras
varizes, possuem de escuras
mamas (S) V (E), saiu saída de sonda a digitação
processo,*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

*FEVADA DO FOCO DE INFECÇÃO | EX DO 23/05
FEVADA DA BASE SEU DIA 23/05*

*SOLICITAÇÃO DE EXAMES: CRM 20912
Ortopedista Traumatologista
Rodrigos Vitorino Leite*

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

HORÁRIO
SEGURADO PRIVATIVO

*PRESCRIÇÃO-MÉDICA:
1) TAVI DABRAFA M (E) (E)
2) TAVI D (E)
3) W-FATIMA (E) (E) DIV 16:45 (02/01)
4) DIETÍA LIVRE*

Médico / Cremepe: 5) DIETÍA 12 (E) DIV 6/6 16:45 (02/01)

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe: 6) PUPUNHÉ (E) (E) DIV 16:45 (02/01)

7) SAAU + UGU 21/02/18 (E) 16:45 (02/01) tamores

8) CRNEP (E) (E) 16:45 (02/01)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000003715-3

Nr. da Autenticação 45C617CB6A83CA45



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 32

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: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.620,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000003715-3

Nr. da Autenticação D3419EAD7599C57F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 33

Tricard
mais



TPLCA01N_AA_08112019_CEP_INVALIDO_001 - ID 876391 - 0

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:31:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617313978800000067802550>
Número do documento: 20100617313978800000067802550

Num. 69139468 - Pág. 34