



13/10/2020

Número: **0042361-97.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69411616	13/10/2020 14:32	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, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200075730

Vítima: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15525964





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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200075730

Vítima: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00305/00306 - carta_02 - INVALIDEZ

00070153



Carta nº 15541343





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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200075730

Vítima: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001242

Conta: 000984048773-1

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

Pag. 01187/01188 - carta_15R - INVALIDEZ

00020594



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

120.297.644-00

Leonardo Alexandre da Silva

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

5 - Nome completo:

Leonardo Alexandre da Silva

6 - CPF:

120.297.644-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Eng. Limeira Grande

9 - Número:

77

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Lima rural

12 - Cidade:

Carpina

13 - Estado:

14 - CEP:

55810-000

15 - E-mail:

monabassessora@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 979153756

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\$1.000,00 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 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:

1242

CONTA:

1288

984048773

1

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 (vivo/nascido)?

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

34

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:

Carpina, 19/11/2019

Leonardo Alexandre da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. 001 1007/2010





Agência: 1242

Produto: 1288

Conta: 984048773

Dv: 1

KOTE SEGUROS
Erica Arrujo
12/10/2020





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0140001334**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **09:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/10/2019** às **19:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 1, ESTRADA DE TERRA PLANAGEM, ENGENHO LAGOA DOS RAMOS DE CIMA, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA**

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

LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA PAULA DA SILVA Pai: JOSIAS ALEXANDRE DA SILVA Data de Nascimento: 24/2/1993 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9447155/SDS/PE (RG), 12029761400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 991584425

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 1, SÍTIO VEIGA, ENGENHO LAGOA DOS RAMOS, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/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: -

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

MOTOCICLETA HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PGH5009** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **479746435** Chassi: **9C2KC1660CR547234**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A PESSOA DE LEONARDO COMUNICA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, TRANSPORTANDO UM SACO DE CIMENTO NO BAGAGEIRO, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM DO ENGENHO LAGOA DOS RAMOS DE CIMA, ZONA RURAL DESTA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA DEPOIS DA MOTO DERRAPAR NA LAMA, TENDO A MOTO CAÍDO EM CIMA DO SEU PÉ DIREITO; NADA MAIS, ENCERRO O PRESENTE REGISTRO.

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

- Leonardo Alexandre da Silva

LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **WALMIR PEREIRA DE MEDEIROS MAT. 220.859-8** - Matrícula: **2208598**

NOTE SEGURO
ERICK ARAUJO
12/10/2020





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0140000148**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/02/2020** às **15:43**

Complementa o BO Número: **19E0140001334**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/8/2019** às **19:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 1, ESTRADA DE TERRA PLANAGEM, ENGENHO LAGOA DOS RAMOS DE CIMA, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EDSON DOUGLAS DO NASCIMENTO (OUTRO)
LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA**

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

LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA PAULA DA SILVA Pai: JOSIAS ALEXANDRE DA SILVA Data de Nascimento: 24/2/1993 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9447155/SDS/PE (RG). 12029761400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 991584425

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 1, SÍTIO VEIGA, ENGENHO LAGOA DOS RAMOS, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/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: -

EDSON DOUGLAS DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: N Pai: N Data de Nascimento: 1/1/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, NÃO INFORMADO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
12/02/2020



MOTOCICLETA HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDSON DOUGLAS DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGH5009** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **479746435** Chassi: **9C2KC1660CR547234**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A PESSOA DE LEONARDO COMUNICA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, TRANSPORTANDO UM SACO DE CIMENTO NO BAGAGEIRO, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM DO ENGENHO LAGOA DOS RAMOS DE CIMA, ZONA RURAL DESTA CIDADE DE NAZARÉ DA MATA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA DEPOIS DA MOTO DERRAPAR NA LAMA, TENDO A MOTO CAÍDO EM CIMA DO SEU PÉ DIREITO; NADA MAIS, ENCERRO O PRESENTE REGISTRO.

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

Leonardo Alexandre da Silva
LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WALMIR PEREIRA DE MEDEIROS MAT. 220.859-8** - Matrícula: **2208598**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/01/2020

04/02/2020 15:44



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

120.297.644-00

Leonardo Alexandre da Silva

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

5 - Nome completo:

Leonardo Alexandre da Silva

6 - CPF:

120.297.644-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Eng. Limeira Grande

9 - Número:

77

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Lima rural

12 - Cidade:

Carpina

13 - Estado:

14 - CEP:

55810-000

15 - E-mail:

monabassessora@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(81) 979153756

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\$1.000,00 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 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:

1242

CONTA:

1288

984048773

1

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 (vivo/nascido)?

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

34

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 - TP | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - TP | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Carpina, 19/11/2019

Leonardo Alexandre da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. 001 1007/2010





Agência: 1242

Produto: 1288

Conta: 984048773

Dv: 1

KOTE SEGUROS
Erica Arrujo
12/10/2020



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:	05/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000984048773-1

Nr. da Autenticação 76C1D4A768F4EB00





Registro N.º 60445
Atendimento: 542127
Data 12/08/2019
Hora 20:06
Usuário: WINARACILS

CLINICA GERAL

Nome: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA
Nascimento: 24/02/1993 Idade: 26a 5m 17d
Mãe: JOSEFA PAULA DA SILVA
Pai: JOSIAS ALEXANDRE DA SILVA
Endereço: SÍTIO VEIGA

CNS: *
Telefone: 558191345090
CEP: 55800000
Cidade: NAZARE DA MATA UF: PE

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório () Internamento

(X) Transferência para outra unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Sde do Paciente: () Melhorado () Inalterado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo d/CRM e CPF)

() AUTORIZADO INFORMAÇÃO DO CID-10

Médico - Carimbo e Assinatura

Pete foi de meus primos.



HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Formulário de Classificação de Risco - Protocolo

HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 12/08/2019 19:42

Nome Paciente: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0127
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Data: 12/08/2019 20:02 - 12/08/2019 20:03

LINDINALDO DIAS DA SILVA - COREN: 010782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Classificação: **URGENTE**
Cor: AMARELO
Queixa Principal: DOR EM MÍDIA
RELATO DE QUEDA (MOTOCICLETA)
Exatidão: NEGA ALERGIAS
Programa sintoma: DOR CERVICAL/DORSAL/LOMBAR/EXT
Eliminador(es): - DOR MODERADA (5-7/10)?
Especialidade: CLÍNICA GERAL

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/02/2020

Acolhido(a) por: LINDINALDO DIAS DA SILVA - COREN: 010782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/08/2019 20:03

Formulário de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**HEC**

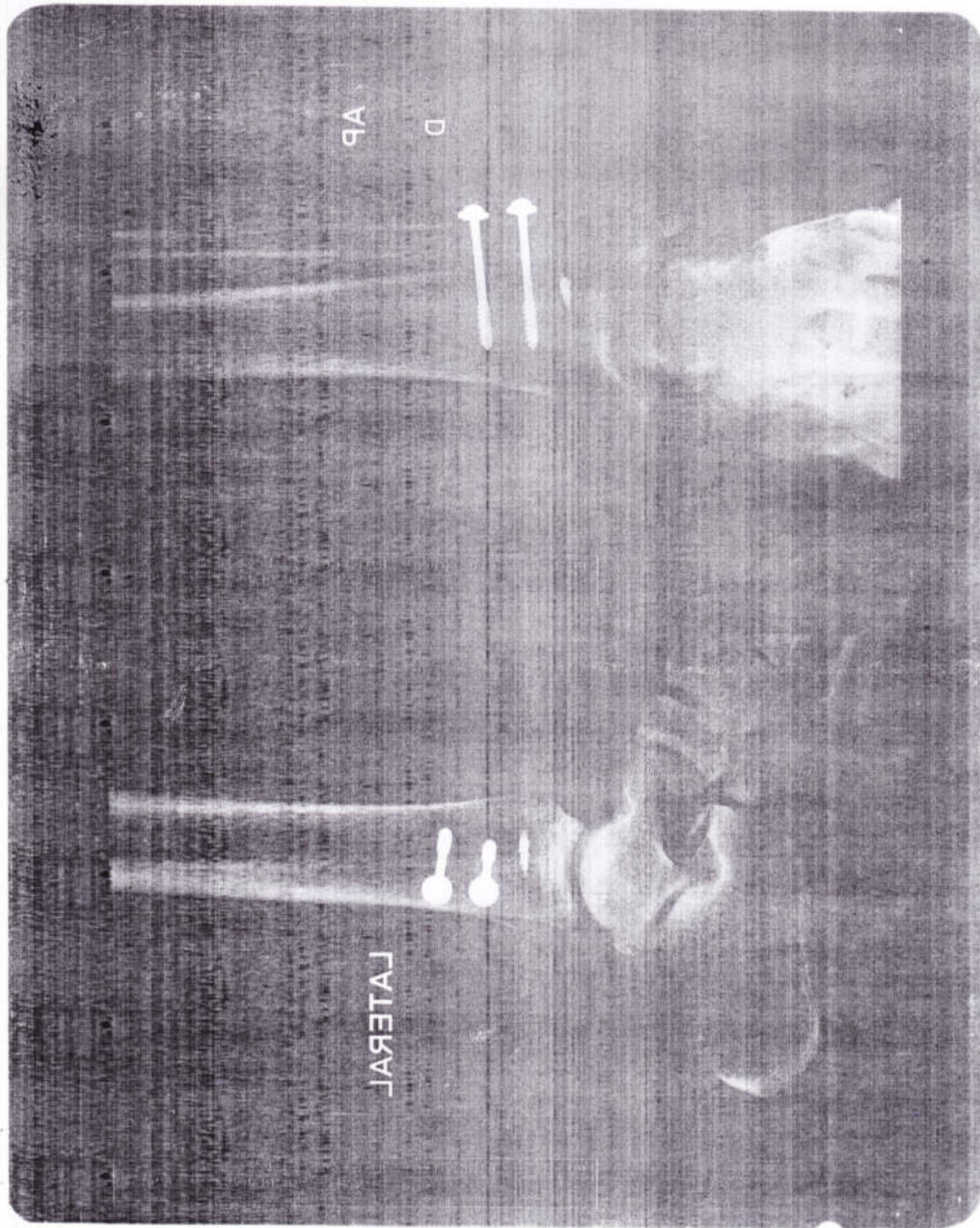
Hospital Ermirio Coutinho

**LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

Unidade de Saúde <i>HEC</i>		Município <i>Recife</i>	Região de Saúde <i>Região da Mata</i>	
Nome do Paciente <i>Alexandre da Silva</i>				
Quadro Clínico <i>Paciente refere dor e edema em tornozelo após queda de moto há 24h.</i>				
Diagnóstico <i>Fratura sem fratura D?</i>				
1º REMOÇÃO	Destino <i>H. de Recuperação</i>	Município <i>Recife</i>	H de Saida <i>22:00h</i>	H de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Simulação de ortopedia</i>			
	Assinatura do Médico Assistente <i>Dr. Marcos Cesar</i> Médico CRM-PE 23322	Nº do C.R.M. <i>23322</i>	Data <i>12/02</i>	
2º REMOÇÃO	Destino	Município	H de Saida	H de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)			
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
Autorizo a Transferência				
Médico Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Confirmo o Motivo Administrativo				
Enfermeira Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Unidade Prestadora do Atendimento			Município	
Especificação do Atendimento Prestado				
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data	

KOTE SEGUROS
ERICA Araujo
12/02/2020





Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Reg.: 655779

Pront.: 1183204

Telefone: 081991584425

Dt. Nasc.: 24/02/1993

RG: 9447155

Titular: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO C1

IH No.: 1

Admissão: 19/08/2019 21:27

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CiD: S826

OS: 119.223198

Data/Hora: 23/08/2019 10:36

Exames Solicitados:

- 1) RX ART TIBIO-TARS DIR/TORNOZ

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Azanas Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 62111

KOTE SEGURO
Erica Araujo
Blarado



Santa Casa de Recife
Relatório Médico de Alta

Nome: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA
Reg.: 655779 Pront.: 1183204
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 24/02/1993
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Santa Casa de Vitoria do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1503 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@casasanta.org.br
Site: www.casasanta.org.br

Idade: 26
Admissão: 19/08/2019 21:27 Alta: 24/08/2019 10:32

Admissão:

FFRATURA TORNBOZELO DIREITO(ENTORSE)

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S83.4 ENTORSE E DISTENSÃO DO TORNOZELO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	19/08/2019 21:27	24/08/2019 10:32	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218

KOTE SEGURANÇA
Erica Azeite
12/02/2020





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: 5826

Recife, 24/08/2019

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/02/2020





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA
DATA: 24/08/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218

KOTE SEGUI
Erica Araujo
12/02/2020





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA
DATA: 24/08/2019

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--ou--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218

KOTE SEGURO
Erica Araújo
12/02/2020





KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/02/2020



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
120.297.614-00

Nome
LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

Nascimento
24/02/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/02/2020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200075730 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 12/08/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo lateral direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico vítima apresentando edema residual em tornozelo direito, com importante bloqueio articular, com flexão plantar a 30° graus, dorsal a 10° graus e com redução da força muscular articular e com presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese com redução da fratura com uso de placa e parafusos em maléolo lateral, evoluindo sem complicações, com alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



**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: **3200075730**

Nome do(a) Examinado(a): **LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **eg limeira grande, 77 - Carpina - PE - CEP 55815-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9447155**

Data e local do acidente: [**12/08/2019**] **Carpina, PE**

Data e local do exame: [**28/02/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do maléolo lateral direito.

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

Ao exame físico vítima apresentando edema residual em tornozelo direito, com importante bloqueio articular, com flexão plantar a 30° graus, dorsal a 10° graus e com redução da força muscular articular e com presença de cicatriz cirúrgica.

III. Nexos 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 com osteossíntese com redução da fratura com uso de placa e parafusos em maléolo lateral, evoluindo sem complicações, com alta definitiva.

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 tornozelo 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):

Tornozelo direito

% 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

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.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061274/20

Vítima: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 120.297.614-00

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA : 120.297.614-00

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: 13/02/2020
Nome: LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 120.297.614-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

LEONARDO ALEXANDRE DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

