



Número: **0044108-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69717 095	19/10/2020 14:43	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

---

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190705057      Vítima: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Data do Acidente: 22/01/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FELIPE MATEUS BARROS 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. 00111/00112 - carta\_02 - INVALIDEZ



00070056

Carta nº 15269125



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914435575500000068363879>  
Número do documento: 20101914435575500000068363879

Num. 69717095 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b> Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ADL: 3 - CNE da vítima: 013.782.694-03 4 - Nome completo da vítima: FELIPE MATUÍS BONNÉ DA SILVA REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 5 - Nome completo: FELIPE MATUÍS BONNÉ DA SILVA 7 - Profissão: ALUNO 8 - Endereço: Rua Joaquim Simões 11 - Bairro: Alto do Ipiranga 12 - Cidade: RIAÇUA DO ALMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55120-000 15 - E-mail: felipesb2002@gmail.com 16 - Tel.(DDO): (81) 99304-6299	
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b> 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).	
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR EM CONTA:</b> <input checked="" type="checkbox"/> RECLUI INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para contas bancárias. Avaleste seu respectivo banco para informar o número da conta e agência). <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Conta Corrente (Banco da Bahia) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 4752 CONTA: 14869 (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.	
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as costas automotoras, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.	
<b>23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b> 23 - Estado Civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo. 24 - Data da morte da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não pais/avós vivos? Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por mortes a queiros beneficiários que se apresentarem a provarem esta constatação, 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 ao artigo 299 do Código Penal.	
<b>NAO AUTORIZADO</b> 34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	
40 - Local e Data, <i>Riaçua do Alma (PE), 16/10/19</i> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura da testemunha 44 - Assinatura da testemunha 45 - Assinatura do Procurador (se houver)	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914435575500000068363879>  
Número do documento: 20101914435575500000068363879

Num. 69717095 - Pág. 3

**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: 3190705057  
Nome do(a) Examinado(a): Felipe Mateus Barros da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joaquim Simoa, 79  
Alto do Jiquiri Riacho das Almas PE CEP: 55120-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 10403782  
Data local do acidente: [ 22/01/2018 ]  
Data local do exame: [ 30/12/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA ARTICULAR DO PLATO TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E POSTERIOR CONVERSÃO PARA FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: LESÃO CONDRAL/ARTICULAR**  
**Data da Alta: 20/04/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 90 GRAUS), MARCHA PRESERVADA, SEM HIPOTROFIA DO MIE.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**    **( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**(X) Sim**    **( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO AO JOELHO ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"  
VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---	---
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

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

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

DR. LUIZ CASANDRA  
Médico  
CRM: 17761

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914435575500000068363879>  
Número do documento: 20101914435575500000068363879

Num. 69717095 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64<sup>a</sup>CIRC  
 DINTER1/12<sup>o</sup>DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001425**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/12/2019 às 15:29**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que ocorreu no dia 22/11/2018 às 14:00**

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, RODOVIA ESTADUAL PE 085, PRÓXIMO A ESTRADA DO SITIO ATALAIA, - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO / AUTOR / AGENTE / ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS (OUTRO) F.M.B.D.S. (Menor de Idade) / VÍTIMA /**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse da(a) Sr(a). DESCONHECIDO  
 VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse da(a) Sr(a). F.M.B.D.S. (Menor de Idade)**

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

**F.M.B.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc. MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA Pat. FÁBIO HELENO DA SILVA Data de Nascimento: 20/7/2000 Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10403782/SDS/PE (RG) 01378269403 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)  
 Endereço Residencial: RUA JOAQUIM SIMOA, 79, CASA - CEP: 0 - Bairro: ALTO DO JIQUIRI - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade da(a) Sr(a). ALCIMAR BERNARDO SILVA DOS SANTOS, que estava em posse da(a) Sr(a). FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA Categóra/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 Bros Mix ES Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

**Placa: PEL4738 (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: 9C2KD00550ER532388 Ano Fabricação/Mudança: 2011/2012 Combustível: ALCO/GASOL**

De acordo com informações fornecidas pelo usuário, o documento não possui assinatura digital.



12/12/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**.

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR OUTRO VEÍCULO DESCONHECIDO QUE TOMOU A CONTRAMÃO VINDO A COLIDIR NO VEÍCULO DA VÍTIMA E APÓS A COLISÃO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A MESMA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULAR E LEVADA PARA O HOSPITAL EM RIACHO DAS ALMAS, NA OCASIÃO NÃO TINHA MÉDICO, A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA RECIFE-PE ONDE PASSOU POR CIRURGIA.

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

F.M.B.D.S. (Menor de idade)

(VITIMA)

*Felipe matheus Bezerra da Silva*  
B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento  
Comissário Especial de Policia  
Mat. 159.816-3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914435575500000068363879>  
Número do documento: 20101914435575500000068363879

Num. 69717095 - Pág. 6



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do anexo ou ASL:  3 - CPF da Vítima:  013.782.694-03 4 - Nome completo da vítima:  FELIPE MATEUS BONHOZ 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: <input type="text"/> FELIPE MATEUS BONHOZ DA SILVA	6 - CPF: <input type="text"/> 013.782.694-03		
7 - Profissão: <input type="text"/> ALUNO	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua Joaquim Simão	9 - Número: <input type="text"/> 79	10 - Complemento:
11 - Bairro: <input type="text"/> ALTO DO JARDIM	12 - Cidade: <input type="text"/> Rio Claro (SP)	13 - Estado: <input type="text"/> PE	14 - CEP: <input type="text"/> 55120-000
15 - E-mail: <input type="text"/> felipebonhoz@gmail.com	16 - Telefones: <input type="text"/> (11) 44304-6399		

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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Abraça uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Basta um banco)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 4752 CONTA: <input type="text"/> 34869
(Informar o dígito de verificação)	(Informar o dígito de verificação)
(Informar o dígito de verificação)	(Informar o dígito de verificação)

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 fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

- \* 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.

Solicito o prazoadequado da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desse já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declare que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ex-Cas.) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Sônia <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 ao artigo 299 do Código Penal.

<p>34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)</p>	<p>38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p>
--	---

40 - Local e Data:  Rio Claro (SP), 16/10/2020

*Felipe Matheus Bonhoz da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

# 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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04752

CONTA: 000000014869-7

---

Nr. da Autenticação F59E347AAD3E5484



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914435575500000068363879>  
Número do documento: 20101914435575500000068363879

Num. 69717095 - Pág. 8



HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 534968

Prontuário: 1074925

Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Data Nasc.: 26/07/2000

Idade: 10

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: 706408166896884

CPF:

RG: 10403782

Endereço: RUA JOAQUIM SIMOA

Bairro: CENTRO

CEP: 55120073

Fone: 81586977

Nome da Mãe: MARIA GORETE DE ARRUDA BARROS SILVA

Acompanhante: MARINALVA CANDIDA DE ARRUDA BARROS (AVÓ)

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: HOSP. DE RIACHO DAS ALMAS, SENHA 5349312, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM QUEDA DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim  Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 22/01/2016 HORA: 17:31 B. Médico

Queixa Principal / HDA:

*Paciente vítima de acidente de moto no dia 21/01/2016, vindo do hospital de Riacho das Almas. Reclamando dor.*

História do Trauma

Perda da Consciência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emetico	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo			
Colisão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo		Motorista <input type="checkbox"/>	Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto			
Vítima de Ferimento	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo		Sofreu Queda	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quimioterapia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por		Altura	m
Condições de immobilização adequadas	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Transporte Realizado por	
				Por que	

Observações

*reagiu com medo ou temor*

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está patente Sim  Tríplo  O paciente fala Sim  Não  Temp. °C

*R6*

B: Respiratório

*S/ alterações*

C: Circulatório PA mmHg Pulsos bpm

*S/ alterações*

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> IMIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escala Hora	Glasgow: Resposta Verbal Escala Hora	Glasgow: Resposta Motoria Escala Hora

*15*

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA

Exames Sólicos

*3/pturado*

Diagnóstico inicial

*Fratura de Perna / Adutora izqdo !*

Exames Sólicos 1 - Patologia Clínica

*Sólio R.*

Exames Sólicos 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento

*- 36 + 5000 UF (P)*

Tratamento / Procedimentos:

*- cateterina dg+@  
- no cloro !*

Ass. Médico + Garimbo

Código Procedimento

*Tallo Ponto*

*OTRIVILLE JUNIOR*

*00112861 M. D. Médico + Garimbo*

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Garimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Condição de Alta:

Internamento  Cirurgia  Goito  Termo de Alta a Pedido  Evadiu-se

Curado

Melhorado

Inabilitado

Piorado

Óbito

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta

Transferência

Estudo de Caso

Exames Externos

Assist. Social:

Observações:

Autorização para Alta / internamento / Transferência:

Medico CRM/CRO Data Hora  
Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data \_\_\_\_\_ Nome completo legível \_\_\_\_\_

Nº da Identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data \_\_\_\_\_ Nome completo legível \_\_\_\_\_

Nº da Identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Cadastramento: 29/11/2019 03:54 h JSENEDIDEAS impressão: 29/11/2019 03:54 h JSENEDIDEAS

Médico

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

#### **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

#### **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do Pessoas		Nº Protocolo
FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA		3779925
Zona Rural Nacional de Saúde (ZNR)	Endr. do Residência	
100-00153855555	29/07/2006	
Sexo		
MASCULINO		
CPF		
Nome da Mãe ou Responsável		
MARIA ROSETTE DE ARRUDA BARROS SILVA		
Número da Placa		
PLA-1542		
Teléfone		
558131546877		
UF:		CEP:
CENTRO		55330973
Município de Residência		
RACHIDAS ALMAS		
UF:		PE

## JUSTIFICATIVA DA INTENNAÇÃO

PROJETO VENDEDO SOLTADO

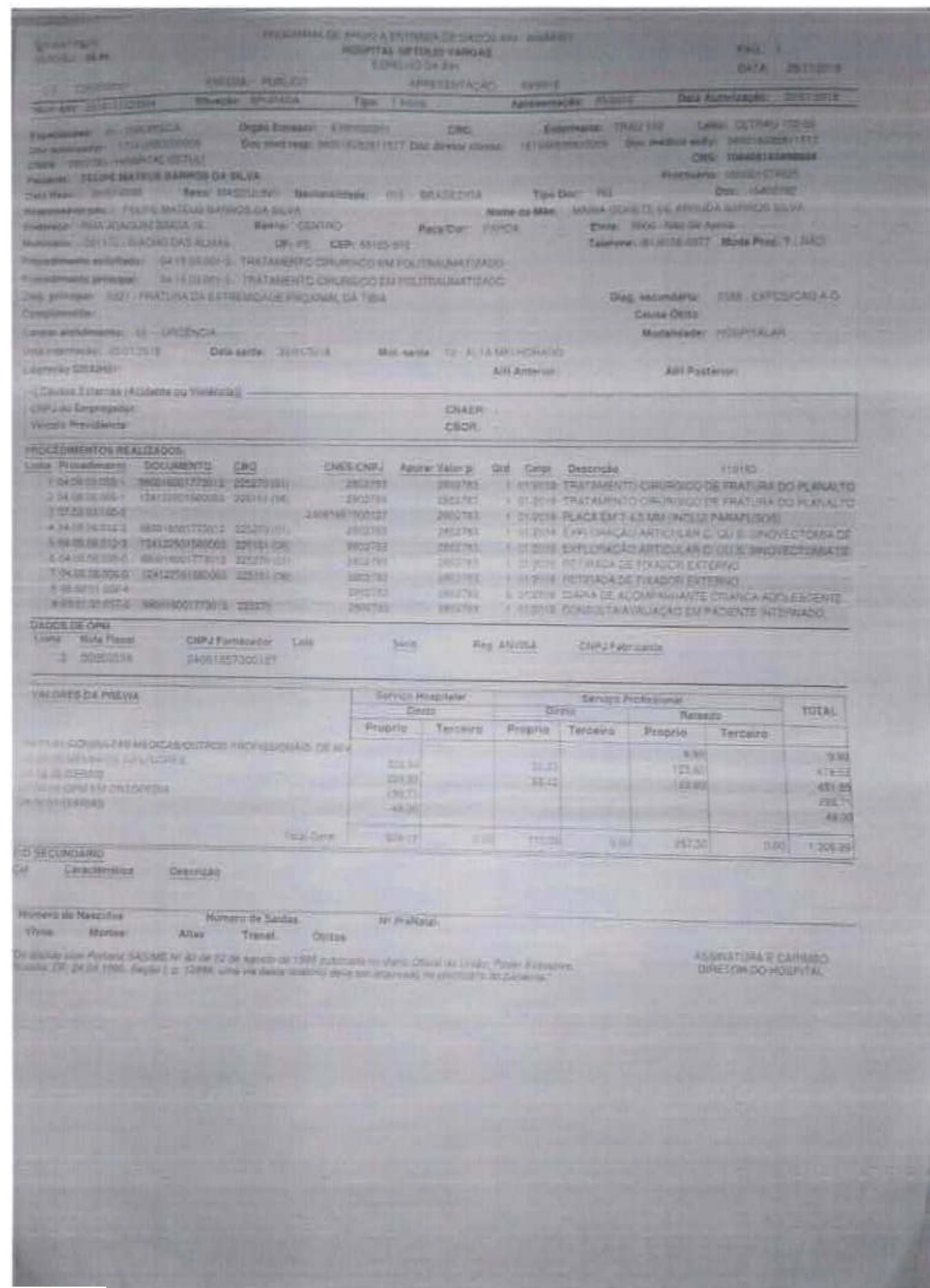
Diretoria do Projeto/Entidade Beneficiária		Código do Monitoramento
Coordenadoria de Administração	Carimbo de Administração	Data da Sincronização
Nota do Representante Coordenador/Beneficiário	Nº 00 (DC-1 LMS/CAP) - Representante Beneficiário Assinado	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)**

<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> EMPREGADO	CNPJ da Supervisão:	Nº do Boleto	Série
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR			
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO			
	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	CNPJ da Empresa:	CNAE da Empresa	CBCT
	<input type="checkbox"/> APOSENTADO			
	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO			

AUTOREADING





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010191443557550000068363879>  
Número de documento: 202101442557550000068363879

Núm. 69717095 - Pág. 13





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pjte.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914435575500000068363879>  
Número do documento: 20101914435575500000068363879

Núm. 69717095 - Pág. 15



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	22/3/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Filipe Matheus Bonor da Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura de Planoalto Tibial (E)		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Tratamento Cirúrgico de Fratura do Planoalto Tibial (E). AD 029/3/18.		
ALTA MÉDICA:	X SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	☐ SIM	X NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSIVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	Articulação patelar
2º	União de metade interna e externa
3º	União de metade e extensão do membro, tendinite e comadura
4º	Vitória FST leve

TERMOS QUE ASSINOU E OU AVALEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 10/10/2020 A  
E QUE FAZESSE ALEGIAR ALEIA, SEU COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Coronel

8/3/19

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

DR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CRM-SP 11442

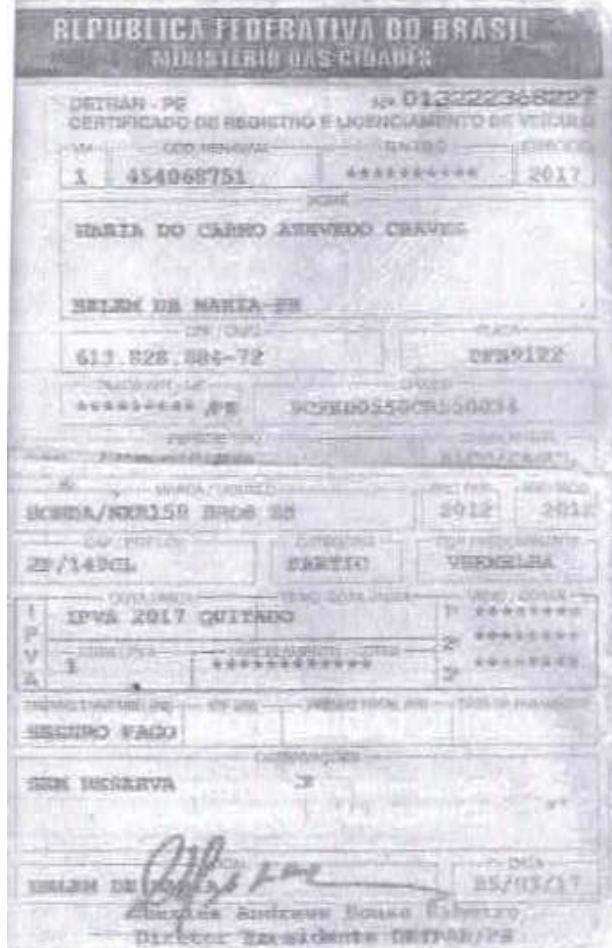
CRF-SP 11442





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914435575500000068363879>  
Número do documento: 20101914435575500000068363879

Num. 69717095 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:43:56  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010191443557550000068363879>  
Número do documento: 2010191443557550000068363879

Num. 69717095 - Pág. 19

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190705057      **Cidade:** Riacho das Almas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA      **Data do acidente:** 22/01/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ARTICULAR DO PLATO TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO (APROX 90 GRAUS), MARCHA PRESERVADA, SEM  
**físico:** HIPOTROFIA DO MIE.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO, MAS COM PROBABILIDADE AUMENTADA DE DEGENERAÇÃO ARTICULAR PRECOCE.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/12/2019

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456022/19

**Vítima:** FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

**CPF:** 013.782.694-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/01/2018

**Titular do CPF:** FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA : 013.782.694-03**

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](http://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: 17/12/2019  
Nome: FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA  
CPF: 013.782.694-03

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

FELIPE MATEUS BARROS DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

