



Número: **0042231-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74790584	08/02/2021 11:20	2760138_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00422311020208172001

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

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no joelho direito com repercussão média (50%) e tornozelo esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$3.375,00:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA


DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262094 Cidade: Agrestina Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO Data do acidente: 01/02/2020 Seguradora: ALFA SEGURADORA
 NETO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO.
 LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA.
 FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.
 Sequelas: Com sequela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento
 faltante:
 Apontamento do Laudo
 do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das
 sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO E
 TORNOZELO ESQUERDO.
 Documentos
 complementares:
 Observações: *
 VÍTIMA NÃO COMPARECEU NA PERÍCIA.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior direito com repercussão intensa (50%) e no tornozelo esquerdo com repercussão leve (25%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO JOELHO DIREITO E NÃO NO MEMBRO INFERIOR POR COMPLETO.**

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O JOELHO DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO, JOELHO DIREITO.

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



Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 4 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





08/02/2021

Número: **0042231-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74790585	08/02/2021 11:20	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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 4020-8586 (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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262094

Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

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 5.194, 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

Pag. 018790188 - data_01 - INVALIDEZ



Casa nº 1000000





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 4025-5566 (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, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262094

Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

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: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000003211-5

Conta: 000009623-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. Condição: - conta_05 - INVALIDEZ



TESTING METHODS







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 096ª CIRCUNSCRIÇÃO - AGRESTINA - DP96ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0186000352

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/05/2020 às 15:17

Complementa o BO Número: 20E0186000146

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 1/2/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR - 104, 1 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE DA SECRETARIA DE SAÚDE**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO (AUTOR/AGENTE)
THAMYRIS MONALYZA HONORIO AZEVEDO (NOTICIANTE)
SANDRO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) SANDRO JOSE DA SILVA



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

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA APARECIDA GUIMARAES DE AZEVEDO Pai: PAULO ROBERTO DUARTE DE AZEVEDO Data de Nascimento: 16/12/1964 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 261371255MPE (RG) 29626775449 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: 081919835619

Residência: RUA MARIA ELIETE LIMA TAVARES, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, Próximo a: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 49, CASA TERREA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS

THAMYRIS MONALYZA HONORIO AZEVEDO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: MARIA HERIVONETE HONORIO DA SILVA AZEVEDO Pai: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO Data de Nascimento: 17/12/1987 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7126762505PE (RG) 01376968410 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AUXILIAR DE DENTISTA Telefones Celulares: 08199526566

Endereço Residência: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 110, CASA 1º ANDAR - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -

07/05/2020

1 of 2



AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS

SANDRO JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSE PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: 3/12/1983 Nacionalidade: **AGRESTINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **- 081596401804**

Residência: **SITIO QUEIMADO DO PEREIRA - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE AGRESTINA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO** que estava em posse do(a) Sr(a): **WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PDC1884** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **105485276** Chassi: **9C2KC2200GR301392**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2016**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRO JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/HB20** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **CGB3643** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, QUE É FILHA DE WALDELYRIO, SEU PAI ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO 1 DE CARUARU SENTIDO AGRESTINA, QUANDO DE REPENTE NA CITADA HORA E LOCAL DESVIOU A ATENÇÃO E COLIDIU NA TRASEIRO DO VEICULO 2, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE AGRESTINA E POSTERIORMENTE PARA O HRA (HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE), CONFORME DECLARAÇÕES EM ANEXO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO ESTE BOLETIM.

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

Thamyris Monallyza H. Azevedo
THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO
(NOTICIANTE)

S.O. registrado por: **PAULA PESSOA FELIX** - Matrícula: **2969408**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 096ª CIRCUNSCRIÇÃO - AGRESTINA - DP96ªCIRC
DINTER/114ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0186000146

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/02/2020 às 12:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos/Consumado, que aconteceu no dia 12/2/2020 no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR - 104, 001 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE DA SECRETARIA DE SAUDE**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO (AUTOR / AGENTE)
THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO (NOTICIANTE)
SANDRO JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SANDRO JOSE DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

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

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA APARECIDA QUIXABEIRA DE AZEVEDO Pai: PAULO ROBERTO DUARTE DE AZEVEDO Data de Nascimento: 16/12/1964 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 261371288/PE (RG) 29620775449 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: -081999835019

Residência: **RUA MARIA ELIETE LIMA TAVARES, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AGRESTINA, 49, CASA TERREA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS**

THAMYRIS MONALLYZA HONORIO AZEVEDO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: MARIA HERIVONETE HONORIO DA SILVA AZEVEDO Pai: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO Data de Nascimento: 17/12/1987 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 712675288/PE (RG) 01378988410 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUXILIAR DE DENTISTA Telefones Celulares: -0819998265063

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE AGRESTINA, 119, CASA 1º ANDAR - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL, SINDICATO TRABALHADORES RURAIS**



SANDRO JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUCIA DA SILVA** Pai: **JOSE PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **3/12/1983** Nacionalidade: **AGRESTINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **081996401884**

Residência: **SÍTIO QUEIMADO DO PEREIRA - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AGRESTINA, 001 - CEP: 55005-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDC1994** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **105465876** Chassi: **9C2KC2200GR501392**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRO JOSE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/HYUNDAI/H020** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **CG83643** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, QUE É FILHA DE WALDELYRIO, SEU PAI ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO 1 DE CARUARU SENTIDO AGRESTINA, QUANDO DE REPENTE NA CITADA HORA E LOCAL DESVIOU A ATENÇÃO E COLIDIU NA TRASEIRO DO VEICULO 2, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE AGRESTINA E POSTERIORMENTE PARA O HRA (HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE), CONFORME DECLARAÇÕES EM ANEXO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO ESTE BOLETIM.

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

Thamyris Monallyza Honorio Azevedo
THAMYRIS MONALLYZA HONÓRIO AZEVEDO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: *Miguel Pacifico Filho* - Matrícula: **221282-0**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou RIL: 296.207.754-49/Inidelyria Xavier de Aguiar Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 455/2012

3 - Nome completo: Inidelyria Xavier de Aguiar Neto 598.207.754-49

7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Maria Eliete de Tavares 49

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Agustina PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55995-000

15 - E-mail: (081) 9158-3082

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

Ocultar, para todos os fins de direito, assim no endereço acima informado, conforme comprovante anexado [ANEXAR CÓPIA]

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.500,00 ATE R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.000,00 ATE R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para a abertura de uma única aplicação financeira)

☐ Banco do Brasil (237) ☐ Itaú (341) ☒ CONTA CORRENTE (Pagto. no Banco)

☐ Banco do Brasil (300) ☐ Caixa Econômica Federal (304) Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 3245 5 CONTA: 9623 7

Autoreio a Seguradora LIDER a abertura da conta bancária informada, de minha totalidade, o valor da indenização/previdência do Seguro DPVAT e que não tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e irrevogavelmente, a efetivação do crédito, mediante 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 esta pessoa não se apresenta ao Instituto Médico Legal (IML) para a realização de requerimento de laudo médico para o Seguro DPVAT (16-PP-014/04), uma vez que:

- Não foi IML que atende 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 prosseguimento do 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, desde já, em submeter a análise médica preventiva pago pelo valor de 10% do valor do Seguro DPVAT para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a legislação na Lei nº 194/75. Declaro que esta autorização não significa a minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o laudo do IML não seja favorável.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Outros

26 - Vítima tem filhos: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

28 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

29 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

30 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

31 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

32 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

33 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

34 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

35 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

36 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

37 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

38 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

39 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

40 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

41 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

42 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

43 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

44 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

45 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

46 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

47 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

48 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

49 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

50 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

51 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

52 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

53 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

54 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

55 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

56 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

57 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

58 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

59 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

60 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

61 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

62 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

63 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

64 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

65 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

66 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

67 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

68 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

69 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

70 - Se a vítima deixou bens, informar o nome completo:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RPS-001 VIG/2019

45 - Assinatura do Procurador (se houver)





BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	31/07/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000009623-7

Nr. Autenticação

BRABESCO3107202005000000000023703211000000009623337500 PAGO



FICHA DE ANESTESIA

309-B HORA: 23.10h

CATEGORIA Paralelos

NOME: <u>Wanderlynio Xavier de Azevedo Neto</u>		DATA: <u>23.07.2020</u>		REG: <u> </u>	
SEXO: <u>M.</u>		COR: <u>Br.</u>		IDADE: <u>55A</u>	
PESO: <u>95Kg</u>		ALT: <u> </u>		HOSPITAL: <u>Unice</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fratura hum / humero / h¹⁵</u>					
HEMÁCIAS		HCTQ		HB	
LEUCÓCITOS		PA		F.C.	
TEMP.		RESPIRAÇÃO		ASA	
GRUPO SANG		TC		TS	
PROTOMBINA		ANESTESIA PROPOSTA		<u>Sugarcapitum</u>	
GLICOSE		URÉIA		CREATININA	
PROTEÍNAS		NA		K	
CL		RESERVA ACL		OP. PROPOSTA	
<u>frat. cirúrgica fratura hum / humero / h¹⁵</u>		<u>ANEST. ANTERIOR:</u>		<u> </u>	
OP. REALIZADA:		PRE-ANESTÉSICO:		<u>23 JUL 2020</u>	
<u>A. Probeta</u>		<u> </u>		<u> </u>	

HORA	3:10h — 0:10h — 1:00h	PROTOCOLO	ANOTAÇÕES
01			check list
02			particularities
03			princip. Assoc.
04			func. learning
05			monitoring
06			of Assoc. BC
07			LCN Physiology
08			Assoc. exten.
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

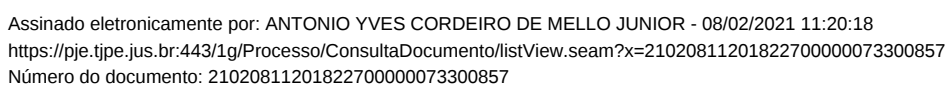
AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂ ϕ					
Polihexano	-	20g	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda ϕ SVD.					
Caniprim	-	75g	Intubação ϕ					
Koulik	-	20g	Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.		
Desma	-	4g	Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final		
Copropom	-	8g	Resultado	Reflexo				
Miliprim	-	3g	Duração da Op.	Duração da Anest.				
Desma	-	4g	Monitorização	Or Rues / Ins / Comprovação / SVD				
Desma	-	30g	Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR	CIRC	RESP

Manoel Costa
Médico Cirurgião

Médico Anestesiista



amog





Nome do período (day)	13/04/2013	Turno (period)	
Nome do professor	Leidilma Carneiro A. Neto	Assessoria	88 2074-69
Assessoria	Leidilma Carneiro A. Neto		88 2074-69

DADOS PARA CONTATO

Mr. Callahan 9353301 Tel: 202-295-1111 Tel: 202-295-1111

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

 DAMS | ASSISTENZA MEDICA | KVADECZ PERMANENT | MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ 1. SOURCE CREDITED ☐ 2. UNLORD OF THE WORKSHEET ☐ 3. ~~UNLORD OF THE WORKSHEET~~

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLETAR: COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA SIA

[illegible]

23 JUL 2020

PROTOCOLLO

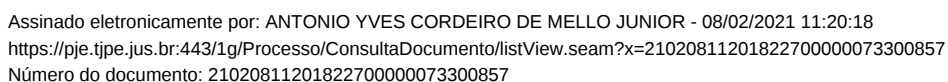
NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

discrepância da Negativa por meu processo por
negado por que eu partisse pela perca
entre de que que a regulamentar Negati a
meu processo.
falei na segunda 6

Aggravation 22/07/2020

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido do requerente

Copyright © 2005 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, except as may be permitted in writing by John Wiley & Sons, Inc. This publication is intended to provide accurate and authoritative information in regard to the subject matter covered. It is sold with the understanding that the publisher is not engaged in rendering legal, accounting, or other professional service. If legal advice or other expert assistance is required, the services of a competent professional person should be sought.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262094 Cidade: Agrestina Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO Data do acidente: 01/02/2020 Seguradora: ALFA SEGURADORA
 NETO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO,
 LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA,
 FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE), ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
 faltante:

Apostamento do Laudo
 do IML:

Conduta médica:

Quantificação das
 sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO E
 TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos
 complementares:

Observações: *
 VÍTIMA NÃO COMPARECEU NA PERÍCIA.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262094 Cidade: Agrestina Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO Data do acidente: 01/02/2020 Seguradora: ALFA SEGURADORA
 NETO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO,
 LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA,
 FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE), ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
 faltante:

Apostamento do Laudo
 do IML:

Conduta médica:

Quantificação das
 sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO E
 TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos
 complementares:

Observações: *
 VÍTIMA NÃO COMPRECEU NO PERÍCIA NO SINISTRO ANTERIOR.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205073/20

Vítima: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

CPF: 296.207.754-49

Seguradora: ALFA SEGURODORA

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO : 296.207.754-49

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: 4020-1595 (Regiões Metrópoles) 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 de apresentação: 23/07/2020
Nome: WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO
CPF: 296.207.754-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

WALDELYRIO XAVIER DE AZEVEDO NETO

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

