



Número: **0061120-12.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO (AUTOR)</b>	<b>RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70351 186	30/10/2020 11:54	<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, 10 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200323643**      **Vítima: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 22/05/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01497/01498 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 16111905



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 1



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, 27 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200323643**      **Vítima: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 22/05/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO**

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000001650-0**

**Conta: 0000029953-7**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Pag. 01361/01362 - carta\_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:  160.160.674-58 Ricardo de Souza Nascimento

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

5 - Nome completo:  Ricardo de Souza Nascimento 6 - CPF:  160.160.674-58

7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  Agricultor Sítio chã do Arroz casa

11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  2019 Rural Bom Jardim PE 55.730-000

15 - E-mail:  16 - Tel. (DDD):  17 - E-mail: 81-9993-2863 cleymde.marques@yahoo.com.br

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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:  Banco do Brasil

AGÊNCIA:  CONTA:  29.953 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para o使我 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Solteiro:  Casado (no Civil):  Divorciado:  Separado judicialmente:  Viúvo: 24 - Data da morte:  25 - Óbito da vítima:  Civil:  Profissional:  Natural:  Suicídio:  Homicídio:  Outro:

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(s) viúva(s)?  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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  31/08/2020

X Ricardo de Souza Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

2/2019

28/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:28:32  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

CREDITADO:  
CLIENTE: RICARDO NASCIMENTO  
AGÊNCIA: 1650-0 CONTA : 29.953-7  
=====  
DATA : 28/08/2020  
NR. DOCUMENTO 165074226122832  
VALOR DINHEIRO 6,00  
VALOR TOTAL 6,00  
QTD. QTD. DE CECULAS PROCESSADAS 3  
=====  
NR. AUTENTICAÇÃO 4.A21.06C.96F.45D.26F

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

*Conta Corrente*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117°CIRC DINTER1/16°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0207000317

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/07/2020 às 14:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 22/5/2020 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SITIO CHA DO ARROZ DE BOM JARDIM-PE - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO A ESCOLA Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS (OUTRO)  
RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO  
117°CIRC/16°DESEC



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

**RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARLI SOUZA DA SILVA Pai: RAIMUNDO FRANCISCO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 29/11/2000 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 11406759/SDS/PE (RG), 16016067458 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:

- 95977005

Motivo da Viagem: OUTROS

Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SITIO CHA DO ARROZ DE BOM JARDIM-PE - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ESCOLA

**ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARIA SOLEIRIA DA CRUZ SILVA Pai: ROGERIO CHAS DOS SANTOS Data de Nascimento: 13/01/1999 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10430565/SDS/PE (RG), 13888588430 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Motivo da Viagem: OUTROS Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SITIO CHA DO ARROZ DE BOM JARDIM-PE - CEP: 55730000 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ESCOLA

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i Objeto apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDL9486 (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: 110227080 Chassi: 9C2JB0100KR117338  
Ano Fabricação/Modelo: 2019/2019 Combustível: GASOL/GNV  
Descrição: RENAVAN-1192270808,

Complemento / Observação

**RELATA A VÍTIMA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA ESTRADA DE TERRA PLANAGEM DO SITIO CHA DO ARROZ, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA E CONDUTOR NÃO ANOTADOS, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO, VEIO EM SUA DIREÇÃO, COLIDIINDO LATERALMENTE NA MOTO QUE A VÍTIMA PILOTAVA, CAUSANDO SUA QÜEDA AO SOLO, SOFRENDO LESÕES E ESCORIASÇÕES E DANOS NA MOTO. ADUZ QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU LOCAL, PARA O HOSPITAL DE BOM JARDIM E DE LÁ REMOVIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA.**

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

**RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO**  
(VÍTIMA) Ricardo de Souza nascente

24/07/2020 14:37

B.O. registrado por: **MANOEL BEZERRA DA COSTA** Matrícula: **3810240**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

24/07/2020 14:37

Num. 70351186 - Pág. 6

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 7

# 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: 21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000000029953-7

---

Nr. da Autenticação ADE2195E4562343F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 8

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricardo de Souza Nascimento,  
RG nº 11.409.759, data de expedição 22/06/2020 Órgão SSS/PE,  
CPF nº 160.160.674-58, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome  
de terceiro.

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio chã do Arroz</u>
Número	<u>38</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-9 9993-2863</u>
E-mail	<u>cleyde.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 31/08/2020

Assinatura do Declarante: Ricardo de Souza Nascimento





Tarifa Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.478, de 26/04/02

**NOTA FISCAL DE FATURA E CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Bessa Vista, Recife - PE - CEP 5400-000  
CNPJ 10.255.932/0001-08 | Inscri. Est. 0003493-93 | www.cefpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARLI SOUZA DA SILVA

- CPF: 058.771.854-46 NIS: 16512279224  
- ANTES:

**CLASSIFICAÇÃO**

BT - RESIDENCIAL

BAIXA RENDA COMUM

NOMENCLADO

RESIDENCIAL

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alisson Marcos cruz dos Santos

RG nº 10.430.565, data de expedição 14/10/2016

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 138.885.884-30, com domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio chã do Arroz, nº 5102.

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Ricardo de Souza Nascimento cujo o condutor era Ricardo de Souza Nascimento

Veículo: Motocicleta Honda Pop 110 I

Modelo: 2019

Ano: 2019

Placa: PDL-9496

Chassi: 9C2JB0100KR117338

Data do Acidente: 22/05/2020

Local e Data: Bom Jardim, 31 de agosto de 2020.

X Alisson Marcos cruz dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

**Cartório Sérgio Vasconcelos**  
Sergio Ricardo Vasconcelos - TABELIÃO  
Rua Gervásio Lima, 12 - Centro  
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000  
Tel (81) 3839-1819

Reconheço por Autenticidade a firma de ALISSON MARCOS CRUZ DOS SANTOS, no dia 31 de agosto de 2020, emitida a verdade, / JOSÉ LUIZ BEZERRA, substituto, emolumento R\$ 10,80 - Total R\$ 10,80, na 0077546-0802020019056. Consulte a autenticidade em [www.tabel.jud.br/segovigital](http://tabel.jud.br/segovigital)





**PREFEITURA DO  
BOM JARDIM**



**FUNDO MUNICIPAL  
DE SAÚDE**

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Ricardo de Souza Nascimento, filho de Raimundo Francisco do Nascimento e Marli Souza da Silva. Sexo Masculino, 19 anos, (INDIVÍDUO NÃO POSSUI RG E CPF), residente no Sítio Chã do Arroz, Zona Rural, Bom Jardim – PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

- 22/05/2020 às 17h39, ocorrência S 814147.
- Ocorrência em via pública, não relacionada ao trabalho. A vítima era o condutor do veículo, tendo colidido com outra motocicleta e fazia uso de capacete. Vítima não apresentava hálito alcoólico.
- No momento do atendimento apresentava vias aéreas livres, respiração normal, pulso presente e cheio, boa perfusão periférica, saturação de O<sub>2</sub> = 99% em ar ambiente, coloração da pele normal, estado neurológico normal (Escore de Glasgow = 15). Pressão Arterial = 120x90 mmHg e dor em membro inferior direito.

Paciente conforme registros foi vítima de acidente automobilístico (COLISÃO MOTO X MOTO).

Realizado PROTOCOLO DE TRAUMA E CONDUZIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, no município de Bom Jardim – PE. Posteriormente foi removido para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS.

Bom Jardim – PE, 10 de Julho de 2020.

Willarnes Batista da Silva  
COREN-PE 499.974 ENF

Willarnes Batista da Silva  
COREN-PE: 499.974 - ENF  
Coordenador do SAMU Bom Jardim

---

**PRAÇA 19 DE JULHO, S/N – CENTRO – BOM JARDIM/PE – CEP 55730-000 – CNPJ: 10.589.928/0001-07  
FONE/FAX: 81 3638-1156 – email: saudebomjardim2017@gmail.com**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 12



**PREFEITURA DO  
BOM JARDIM**

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO** 28

Data 22/05/2020	Hora 18:26	Registro 688088
Nome Luciano da Souza Nascimento	Referência	
Enderço Rua das Flores, 1000	Cidade São	
Bairro	Profissão	
Idade 19	Sexo M	Cor
Responsável Murilo da Souza	Fone:	
Endereço Responsável O mesmo	SUS: 209-24612970-00001	
Nascimento 29-11-2000	DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSADO	

## DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO		<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
VEICULO	MODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> AGRESSAO						
POR	MODO	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
		<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO						
ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> AUTOAGRESSAO/ SUICIDIO						
	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> OUTROS TIPOS DE ACIDENTES						
	<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

卷之三

Paciente viviendo en su casa (casa - metro) tiene 30 años. Se ha presentado con dolor de espalda, rigidez, dolor en cuello y dolor en la articulación de la rodilla. Se ha presentado con dolor en la articulación de la rodilla.

EXAM-EISEG-01

PA 120 PESO 80 FC 87 PULSO 80 TEMPERATURA 98.6  
classico = 15  
E.G.P. working, arterial, 100%.

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Erstgelenk am Tibia (fibula)? T-CE am

## PROCEDIMENTO

① Tense

651 500

- ③ Selbstlernende
- ④ Disziplinierte
- ⑤ Interdisziplinär

codIGO

## 4 Tonstufe

**MÉDICO RESPONSÁVEL**

DIGI-RADAR D-12-2  
MTC-12



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
H O S P I T A L  
Getúlio Vargas

Paciente: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

Prontuário: 01148614

Data de Nascimento: 29/11/2000

Idade: 19a 6m 19d

Sexo: MASCULINO

**RELATÓRIO MÉDICO**

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

FRATURA DE OSSOS DA PÉRНА DIREITA CID 10 582

Feito o Exame de RX PERNÁ DIREITA EM AP+ PERFIL, EVIDENCIANDO FRATURA DE OSSOS DA PERNÁ DIREITA

Observação:

PCTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 22/5/2020, REALIZOU TRATAMENTO DIAFISÁRIO DE TIBIA DIREITA COM HASTE INTAMEDULAR DE TIBIA, BLOQUEADA COM DR LUIS MORAIS 27/5/2020. EVOLUI BEM, AINDA SENTE DOR AO PISAR E FAZ USO DE MULETA, DEIXO QUESTÕES TRABALHISTA PARA ANÁLISE DA PÉRICA.

Dr. Bruno Torban  
Médico  
CRM-26817

Recife, 18 DE JUNHO DE 2020

BRUNO TORBAN - CRM: N°.26817

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 14



RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO		01148514	204246129700
849269	MASCULINO	19a 5m 29d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



### Relatório de Alta Hospitalar ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DIAFISÁRIA DE OSSOS DA Perna DIREITA

Tratamento:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA COM HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA BLOQUEADA DR LUIS MORAIS 27/5/20

OBS:

ANALGÉSIA + ANTIBIOTICOTERAPIA + CARGA PRECOCE

+ Retorno Ambulatorial em 15 dias

DR Bruno Torban

Dr. Bruno Torban  
Médico  
CRM-26817

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
23/05/2020	29/05/2020

Recife, 29 DE MAIO DE 2020

Dr. Bruno Torban  
Médico  
CRM-26817

BRUNO TORBAN - CRM: Nº.26817

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3114-5600



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 15



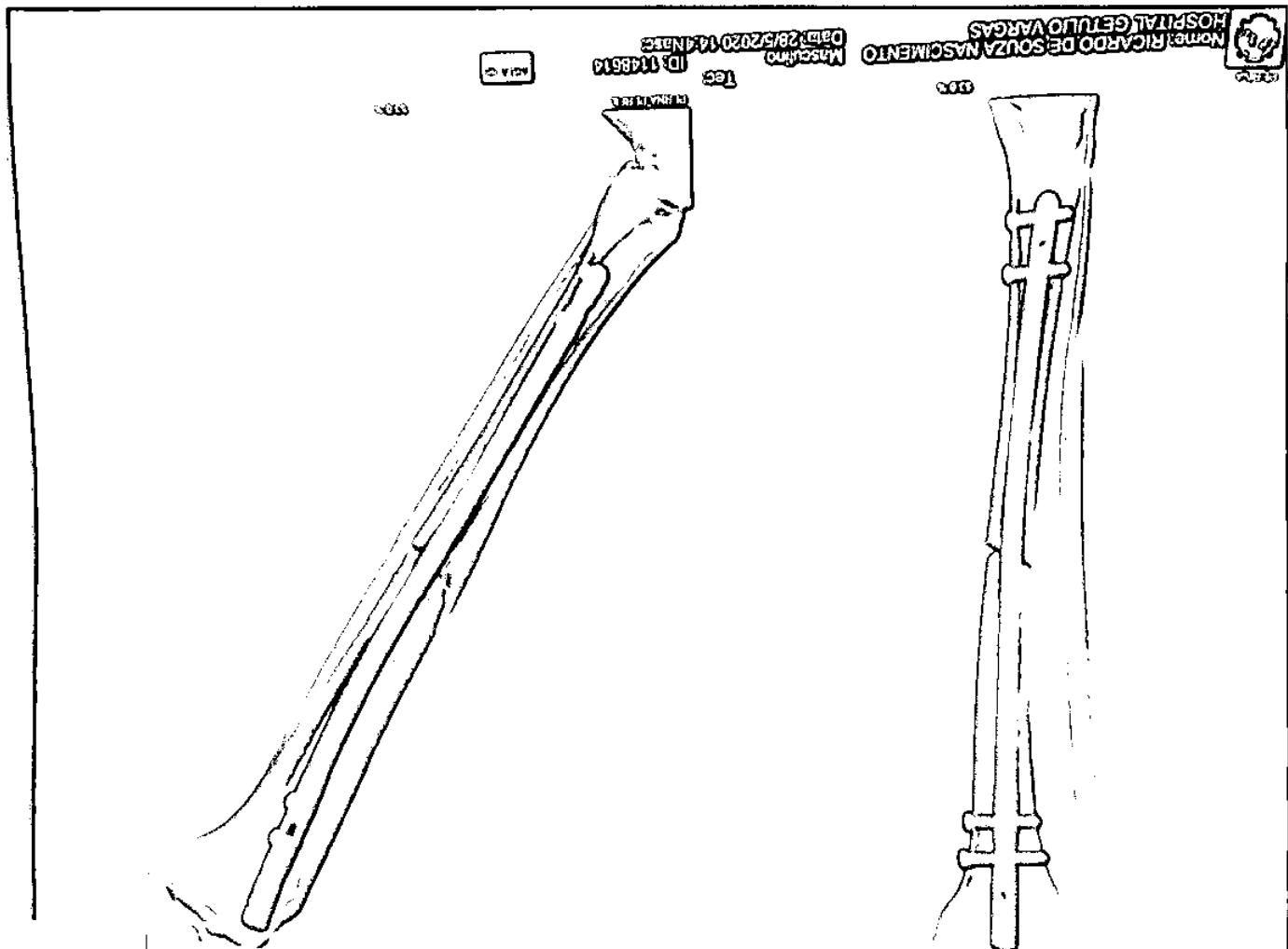
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
H O S P I T A L  
Getúlio Vargas

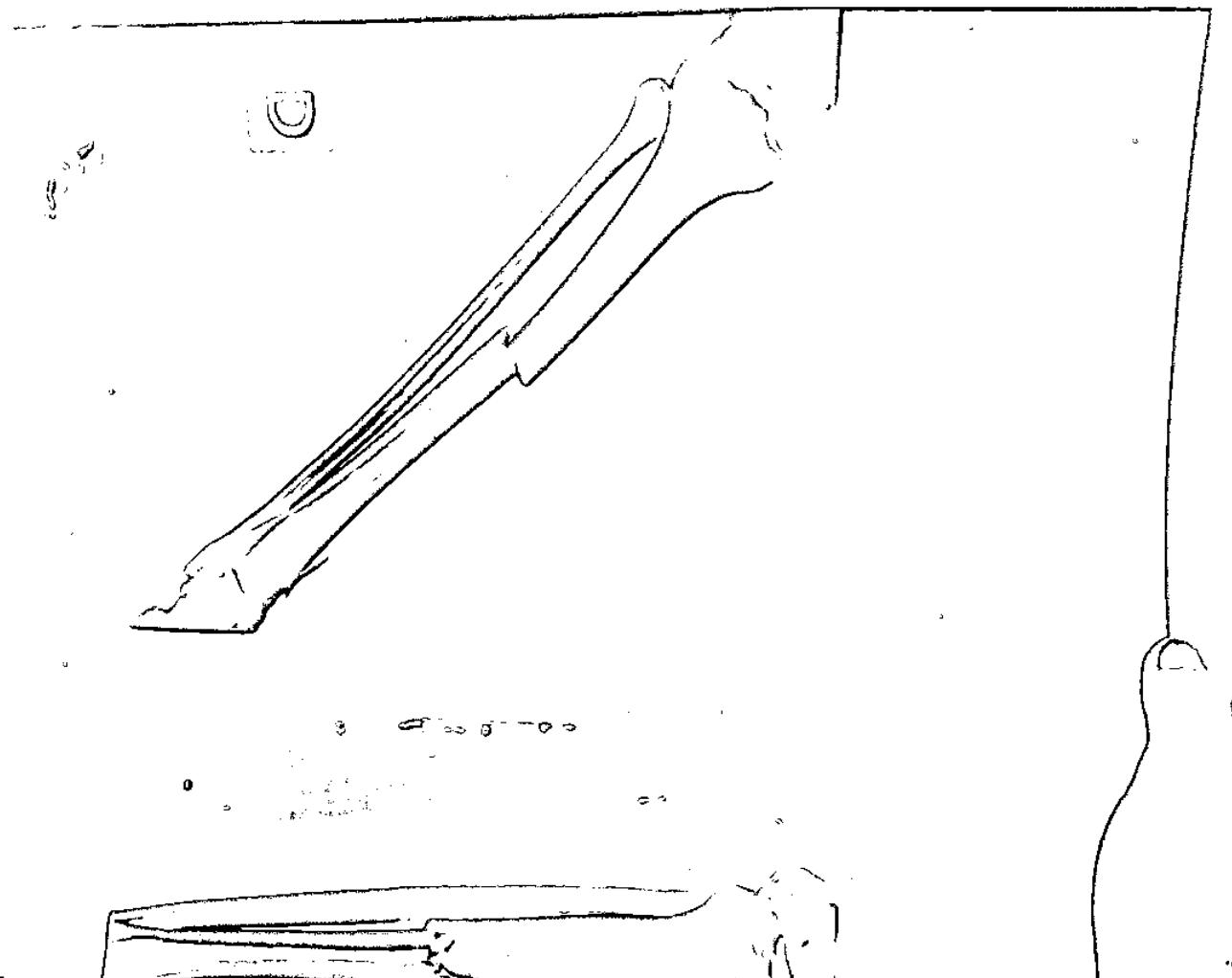


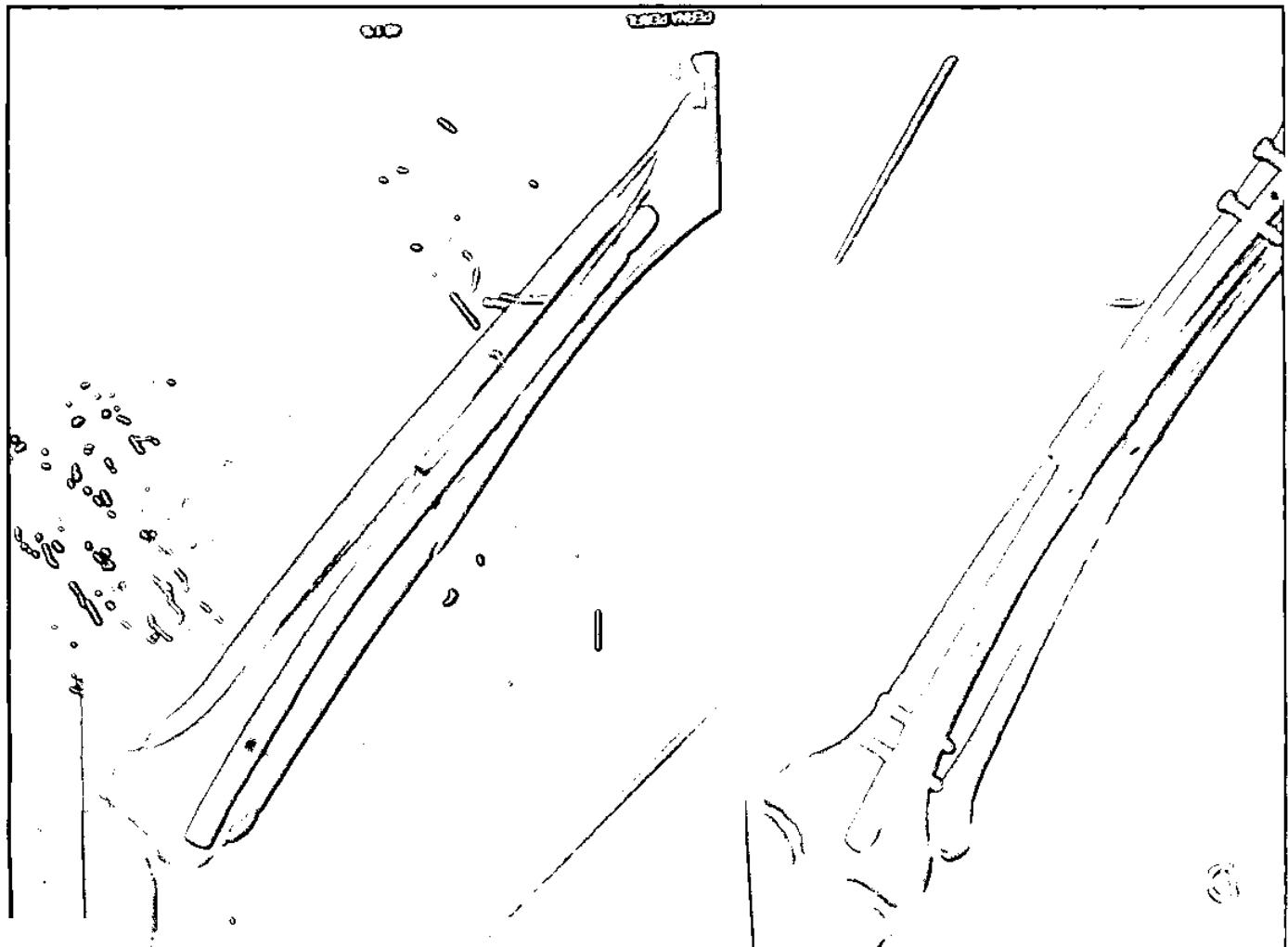
## REQUISIÇÃO DE EXAMES

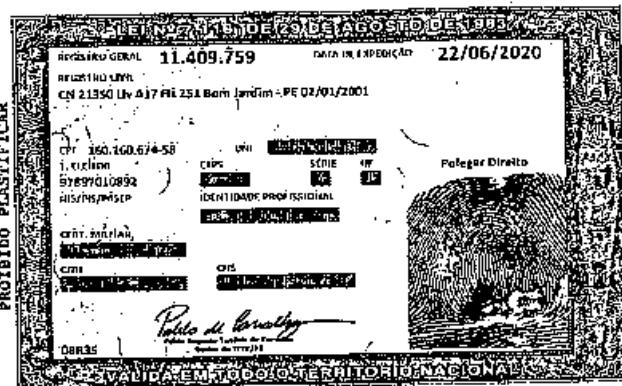
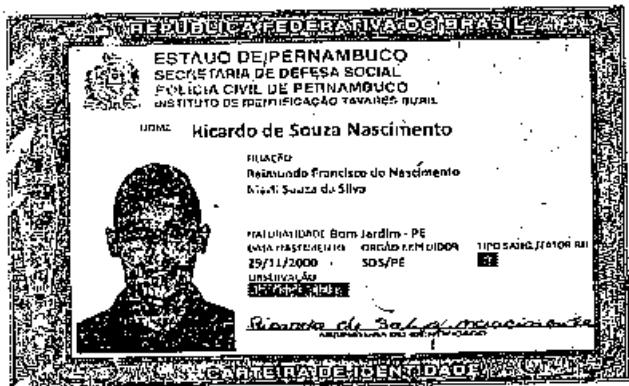
NOME: <i>Ricardo de Souza Carvalho</i>						REGISTRO: <i>1148614</i>	
IDADE: <i>19</i>	SEXO: <i>Male</i>	CLÍNICA: <i>505</i>	Nº: <i></i>	ENFERMARIA: <i></i>	LEITO: <i></i>	EMERGÊNCIA: <i></i>	AMBULATÓRIO: <i></i>
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: <i>Pós op</i>							
EXAME(S) REQUISITADO(S): <i>Rx Rima Direita Al + Perfil</i>							
URGÊNCIA <input type="checkbox"/>	ROTINA <input type="checkbox"/>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO					
DATA: <i></i>	HORA DA SOLICITAÇÃO: <i></i>	<i>Dr. Bento Torban</i> <i>Médico</i> <i>CRM-26817</i>					



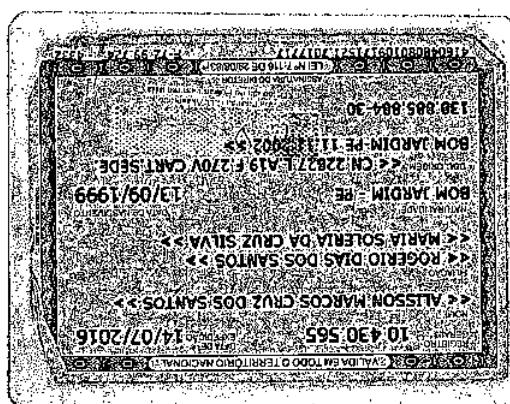
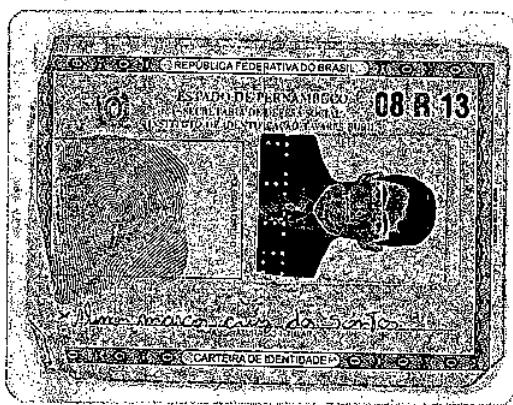
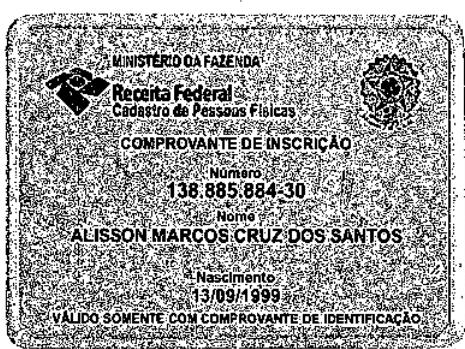


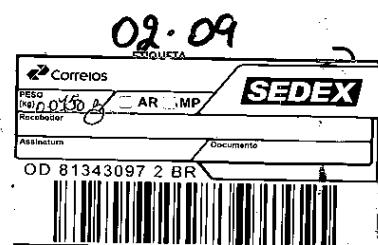






<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
<b>DETTRAN-PE</b> N° 014667222782 <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS</b>	
PLACA: 119-3363 - COD. RENAVAM: 1193363 - INSCRIÇÃO: 2019-01-01 EXPIRAÇÃO: 2019-12-31 - COD. RENAVAM: 1193363 - INSCRIÇÃO: 2019-01-01 EXPIRAÇÃO: 2019-12-31	
RUA: 133301 - MARG. NORTE - Bairro: SANTOS BOM JARDIM - PE - CEP: 52130-000 - PLACA: 119-3363 PLACANTES: LIMA, MARCOS CRUZ DO CARMO NOME: MARCOS CRUZ DO CARMO - N°: 119-3363 ESPECIE: MOTOCLICLETAS - COMBUSTIVEL: CARBONA MARCA/MODELO: HONDA/POP 110i	
CAP. PÓTCIA: 127.100 CLAVE: 00000000000000000000000000000000 CATEGORIA: C1ART1C - COR PRIMARIA: BRANCA COTA UNICA: 1 - VENDE COTA UNICA: 1 DPVAT 2019: OUTTADO	
PREMIO TARIFARIO: 0,00% - CUSTO DO SEGURO (R\$): 10,61 CUSTO DO BILHETE (R\$): 10,61 - DATA DE OUTTADO: 2019-12-31 PAGAMENTO: PARCIALMENTE - NOVILINHA: 0,00	
<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b>	





## SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

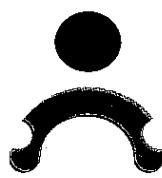
DESTINATÁRIO / Recipient <b>SEGURADORA LÍDER -DPVAT</b>	TELEFONE / Phone Number		
ENDEREÇO / Address <b>Rua Seedor Dantas, 74, 15º andar - Centro</b>			
CEP <b>20031-205</b>	CIDADE <b>Rio de Janeiro</b>	UF / State <b>RJ</b>	PAÍS / Country <b>Brasil</b>

ATENDIMENTO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 23



Seguro  
**DPVAT**  
O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO  
AO BENEFICIÁRIO  
POSTAGEM CUSTEADA PELA  
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

**PEDIDO DE SEGURADO DPVAT**

site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

 [dpvat\\_oficial](http://dpvat_oficial) [DPVAToficial](http://DPVAToficial) [DPVAToficial](http://DPVAToficial) [seguradoralider-dpvat](http://seguradoralider-dpvat)

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

**ATENDIMENTO**

 Correios

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number		
<i>Ricardo de Souza Lascimento</i>			
ENDERECO / Address			
<i>Sítio chácara Arroz, n° 38, zona Rural</i>			
CEP / zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
55730-000	Boa Jardim	PE	Brasil
<input type="checkbox"/> RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE			

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved) <input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased) <input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused) <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown) <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undeliverable) <input type="checkbox"/> OUTROS (Other) <input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)
1º / / / / / / 2º / / / / / / 3º / / / / / /
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <small>Information provided by doorman or condo manager</small> <input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / / <small>Reintegrated to service post</small>
Data / / Responsável / / / / / / / / / / / /



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
 Número do documento: 20103011544925300000068981121



## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

- INVALEZ PERMANENTE  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  MORTE

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **Ricardo de Souza Nascimento**  
Data do Acidente: **22/05/20** Possui CPF: **Sim** NPF CPF: **160.160.674-58**

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)  
 CPF do Representante Legal (cópia simples)  
 Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial –  Sim  Não – original ou cópia autenticada  
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
 Laudo de Invalidez do IML –  Sim  Não – original ou cópia autenticada  
 Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
 CPF da vítima (cópia simples)  
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial –  Sim  Não – original ou cópia autenticada  
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
 Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recetários médicos (originals)  
 Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
 CPF da vítima (cópia simples)  
 de residência em nome da vítima (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada:  Sim  Não  
 Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada:  Sim  Não  
 Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
 CPF da vítima (cópia simples)  
 Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
 Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
 Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada:  Sim  Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**  
 Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**  
 Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)  
**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**  
 Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)  
 Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
 Termo de Conciliação (original), assinado pelo(s) companheiro(s), e o cônjuge  
**BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
**BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
**BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**  
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)  
 Outros Documentos apresentados:

### PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): **Ricardo de Souza Nascimento**  
Quem é o portador?  Vítima  Beneficiário  Representante Legal  
CPF do portador: **160.160.674-58**  
E-mail: **clayde.marques@yahoo.com.br** Tel.: **(81) 9993-2863**  
Data: **31/08/2020** Assinatura: **Ricardo de Souza Nascimento**

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Point de Atendimento (Nome do ponto): **Agência de Atendimento**  
Atendente: **Antônio Yves Cordeiro de Melo Junior** Matrícula: **3.692.510-2**  
Data: **31/08/2020** Assinatura: **Antônio Yves Cordeiro de Melo Junior**



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254601/20

**Vítima:** RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

**CPF:** 160.160.674-58

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/05/2020

**Titular do CPF:** RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO : 160.160.674-58**

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: 10/09/2020  
Nome: RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO  
CPF: 160.160.674-58

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: Elen Tais Alves Pereira  
CPF: 126.261.667-07

RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO

Elen Tais Alves Pereira



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>  
Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 26

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200323643      **Cidade:** Bom Jardim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO DE SOUZA NASCIMENTO      **Data do acidente:** 22/05/2020      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA DIREITA. P4,6

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E ALTA MÉDICA).

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

**Documentos complementares:**

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:54:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011544925300000068981121>

Número do documento: 20103011544925300000068981121

Num. 70351186 - Pág. 27