



Número: **0803973-37.2019.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **26/12/2019**

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	
BRENO SANTOS DE RESENDE (AUTOR)		HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36341810	06/11/2020 11:04	2762695_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, BRENO SANTOS DE RESENDE, RG 53.215.230 SSP/SP, residente e domiciliado na Rua: Alvaro Azarias Catolé do Rocha-PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dra. Morgana Rodrigues – CRM/4724, no dia 09 de Junho de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial. anexa. As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. de A. Monteiro
Diretora Geral
Mae 00024-5
Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Católé do Rocha – PB, 02 de Outubro de 2019

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão –Cep: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB
Email: Tel. (83)3441-2280



RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: BRENO SANTOS DE RESENDE

Left:

[illegible]



Paciente: BRENO SANTOS DE RESENDE
Nº do Paciente: CR13012001
Data de Nascimento: 13/01/2001
Solicitante: Dr. Diniz M. G. Barbalho.
Data do Exame: 24/08/2019
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PUNHO DIREITO EM AP/PERFIL

RELATÓRIO:

Solução de continuidade óssea, de orientação transversa, na transição do colo com o pólo distal do escafoide, com pequena imagem calcificada que se projeta nas partes moles lateralmente.

Há discreta proeminência óssea na face palmar da transição metaepifisária do rádio distal, sem evidência definitiva de solução de continuidade da sua cortical no presente exame.

Demais estruturas ósseas preservadas, de morfologia e densidade habitual.

Os espaços e as relações articulares estão mantidos.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Baiak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 26/08/2019 07:43:03 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





RECEITUÁRIO

BRENO SANTOS DE RESENDE

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA DA MÃO, PUNHO E DEDOS DIREITO
(20 SESSÕES)

INDICAÇÃO:

ANALGESIA, ALONGAMENTO E GANHO DE ADM

DR. JOÃO HERBERT SUASSUNA LAUREANO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 7417

Catolé do Rocha, 02/10/19

Médico

Endereço:

Av. Venâncio Neiva, 283, Centro
Catolé do Rocha - PB

Contatos:

83.3441.1195
83.99960.0161

@ortomedcatole





ORTOMED CLÍNICA ORTOPÉDICA

Rua Venâncio Rolva, 223 - Centro - CEP: 56884-000 - Catolé do Rocha - PB
Fones: 33 3441.1195 / 9980.9161
e-mail: dinaldowanderley@hotmail.com

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins de direito, que o Sr(a) Breno
Santos de Rezende
fez consulta nesta clínica no dia 04/09/19, tendo sido medicado
e submetido(a) a tratamento S62.0
necessitando de repouso e afastamento de suas atividades profissionais
durante um período de 90 dias.

Catolé do Rocha, 04/09/19

João H. Sousa da Lauro
Ortopedia e Traumatologia
2019-09-04

Assinatura e Carimbo

ORTOMED - CLÍNICA ORTOPÉDICA

Convênios com CAMED, CORREIOS, UNIMED, CASSI, FUNASA



	Nome: Bruno Santos de Resende	
	Nº	Data De Nascimento
Gravidez S ☐ N ☐		
Data: 02/10/19		
SOLICITANTE		
João H. S. Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM 19.717		
SOLICITAÇÃO Rx Punho @ AP+P		

	Nome: Bruno Santos de Resende	
	Nº	Data De Nascimento
Gravidez S ☐ N ☐		
Data: 04/09/19		
SOLICITANTE		
João H. S. Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM 19.717		
SOLICITAÇÃO Gesso da ulna por punho o polegar @		



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679952 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO (ESCORIAÇÕES) EM MEMBROS SUPERIORES E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 032.133.213



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA
RUA ALVARO AZARIAS 371 TER
CATOLE DO ROCHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1640677-9

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

07/10/2019

CONSUMO

191

VENCIMENTO

14/10/2019

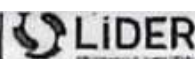
TOTAL A PAGAR

R\$ 179,71

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 07098.019172 8 80420000017971				
Pagador: ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 040.384.604-87				
RUA ALVARO AZARIAS 371 TER - LOT SAO PAULO - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007098019	001640677201910	14/10/2019	R\$ 179,71	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do segurado ou ASI

0435350139

3 - CPF da vítima

151.368.394-22

4 - Nome completo da vítima

BRENO SANTOS DE RESENDE

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

5 - Nome completo:

BRENO SANTOS DE RESENDE

6 - CPF

151.368.394-22

7 - Profissão

ESTUDANTE

8 - Endereço

RUA ALVARO AZARIAS

9 - Número

371

10 - Complemento

11 - Bairro

LUTRAMENTO SÃO PAULO

12 - Cidade

CATOLÉ DO ROCHA

13 - Estado

PB

14 - CEP

58.884-000

15 - E-mail

brenosantos@hotmil.com

16 - Tel (DDD)

18499666-8044

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00 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: BRADESCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3750

CONTA:

0641841

4

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, o somente após a efetivação do crédito, quitância total do valor recebido.

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



Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 prosseguimento 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, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nosseiro(a) nascido(a)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CATOLÉ DO ROCHA - 05 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019

Scanned by CamScanner





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0999/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE COM MOTO

Data do fato: 09/06/2019 hora: 20h28min

Notificante: BRENO SANTOS DE RESENDE, alcunha "****",
Nacionalidade: brasileira, naturalidade: São Paulo-SP, nascido em
13/01/2001, documento: CPF Nº 151.368.394-22, RG Nº 53.215.230-X,
filho de Uigna Santos de Oliveira e de Paulo Roberto de Resende,
endereço: Rua alvaro Azarias, 371 Loteamento São Pulo, nesta
cidade, referência: 84-99666-8044

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Homero Perazzo

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de 09/06/2019, às 20h28min, conforme ficha de atendimento medico/ambulatorial do Hospital Regional de Catole do Rocha-PB e Declaração da Diretoria do Hospital Regional, informando que deu entrada naquele Hospital vítima de acidente com moto, este notificante quando dirigia a moto de marca YAMAHA/YBR 125R, ano/modelo 2008/2008, de cor vermelha, CHASSI Nº 9C6KE092089193274, placas MYW-4942/RN, saindo de sua residência com destino a casa de um amigo no bairro Luzia Maia, pela Rua Barão do Rio Branco, não percebendo um redutor de velocidade (quebra mola), devido a rua ser de calçamento, após passar pela lombada veio a perder o controle de sua moto caindo ao solo, sofrendo escoriações pelo corpo, na tentativa de colocar a mão direita para evitar o impactor, sofreu uma fratura na referida mão, sendo socorrido por terceiros para o Hospital desta cidade. Por esse motivo comunica o fato e pede providencias. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 17 de outubro de 2019. Às 17:30 horas.

Breno Santos de Resende



Notificante



Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

José Carlos da Silva Filho

Matrícula: 135602-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do teatro ou ASL

0435350139

3 - CPF da vítima

151.368.394-22

4 - Nome completo da vítima

BRENO SANTOS DE RESENDE

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

5 - Nome completo:

BRENO SANTOS DE RESENDE

6 - CPF

151.368.394-22

7 - Profissão

ESTUDANTE

8 - Endereço

RUA ALVARO AZARIAS

9 - Número

371

10 - Complemento

11 - Bairro

LUTAMENTO SÃO PAULO

12 - Cidade

CATOLE DO ROCHA

13 - Estado

PB

14 - CEP

58.884-000

15 - E-mail

brenosantos@hotmil.com

16 - Tel (DDD)

154199666-8044

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000 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: BRADESCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

00000000000000000000

AGÊNCIA:

3750

CONTA:

0641841

4

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 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:

- 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 prosseguimento 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, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou assinatura (ou nasceu)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CATOLE DO ROCHA - 05 DE DEZEMBRO de 2019

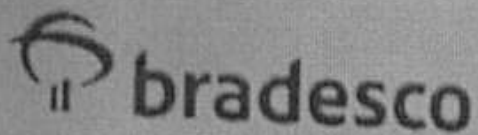
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019

Scanned by CamScanner



BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 25/11/2019 Term: 063800 Hora: 13:08
N.Trans: 8703

Favorecido: Valor: 100,00

Banco: 237

Agencia: 3750 / NEXT

Conta: 0641841-4

Titular 1: BRENO SANTOS DE RESENDE

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Apos o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.





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

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679952

Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRENO SANTOS DE RESENDE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15203992





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

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190679952 Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE

Data do Acidente: 09/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BRENO SANTOS DE RESENDE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 09/06/2019, emitida pelo Dr. MORGANA RODRIGUES, CRM nº 8760 - PB, da Instituição HOSPITAL REGIONAL CATOLÉ DO ROCHA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00351/00352 - carta_31 - INVALIDEZ

00070176



Carta nº 15220786



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679952 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO (ESCORIAÇÕES) EM MEMBROS SUPERIORES E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435350/19

Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE

CPF: 151.368.394-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2019

Titular do CPF: BRENO SANTOS DE RESENDE

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRENO SANTOS DE RESENDE : 151.368.394-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: BRENO SANTOS DE RESENDE
CPF: 151.368.394-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

BRENO SANTOS DE RESENDE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

