



Número: **0063706-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA (AUTOR)	HILTON PEREIRA DE LIMA JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70654237	06/11/2020 16:10	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0103000728**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/06/2020 às 15:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/4/2020 às 06:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA IBITIGUARA, 1, PRÓXIMO A TRES CARNEIROS** - Bairro: **COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **51330-250**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

- VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

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

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Nome Social: **BETO** Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LUCIA SILVA DE OLIVEIRA** Pai: **PAULO MIGUEL DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/7/1982** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2431714/SSP/PE (RG), 02898279498 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**
Endereço Residencial: **RUA IBITIGUARA, 314 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFM1216** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **331765195**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**



Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE, ESTAVA A CAMINHO DE SUA RESIDÊNCIA QUANDO DESVIOU DE UMA DEPRESSÃO OU BURACO NA ESTRADA, ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA DIREÇÃO E CAIU DA QUEDA, SOFREU LESÕES (FRATURA DO 2º METATRÓSIO DIREITO), SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE LAGOA ENCANTADA ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS. PRONTUÁRIO N° 276407. MÉDICO, DR. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA - CRM 20583. CASO AFETO A DELEGACIA DO IBURA.

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

Alberto Paulo de Oliveira
ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

Policia Civil de Pernambuco
13ª Circunscrição Policial
MUSTARDINHA

B.O. registrado por: **JORGE PEREIRA DAMASCENO** - Matrícula: 148721-3
(Liberado em 08/06/2020 às 15:58)





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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200278184 Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 03/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ
Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO
Senhor(a), ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

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.
Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 01/05/2020, emitido pelo Dr. LEONARDO SILVA CRM nº 20583 - PE, da Instituição HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00965/00966 - carta_31 - INVALIDEZ



00060483

Carta nº 16031716



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Num. 70654237 - Pág. 3



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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200278184 Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/04/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

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

Carta nº 16007937



00Z15/00Z16 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Núm. 70654237 - Pág. 4

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171985/20

Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.794-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA : 028.982.794-98

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: 22/06/2020
Nome: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
CPF: 028.982.794-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Num. 70654237 - Pág. 5

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218304/20

Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.794-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA : 028.982.794-98

- 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: 05/08/2020
Nome: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
CPF: 028.982.794-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218304/20

Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

CPF: 028.982.794-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA : 028.982.794-98

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: 05/08/2020
Nome: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
CPF: 028.982.794-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Num. 70654237 - Pág. 7

• Solicito que seja verificado o DCCV -
MENTO EM ANEXO, ONDE FOI CONSTATADA UMA
LESÃO POSTERIOR, DETECTADA PELA PLANC
DF SAÚDE.

• CIRURGIA REALIZADA SOB LESÃO M
ROTADORA, TENOTOMIA BÍCIPES + ACROMIOPLA-
STIA OMBRO DIR.

Solicito qqr seja analisad.

Aff. Alberto Paulo de Oliveira



UNIMED RECIFE III

Local: WSH3CMPR17361 - 41

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: TARCISIO RODRIGUES DE MELO

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PRONTUÁRIO

Declaro para os devidos fins que recebi da instituição UNIMED RECIFE III o prontuário referente ao(s) atendimento(s):

Data	Tipo	Código do Atendimento
08/07/2020	Internação	1553279

Documentos:

08/07/2020 Documento Eletrônico **Prestador:** ANDRE VITOR DE ANDRADE GOMES-CRM
13519

Autorizador: HOSPITAL UNIMED RECIFE

Nome / Responsável

Nome : ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 07/07/1982
Nome da Mãe: VERA LUCIA SILVA DE OLIVEIRA
CPF: 02898279498

UNIMED RECIFE III 15/07/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Num. 70654237 - Pág. 9

PACIENTE:	ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA	PRONTUÁRIO:	0000317824
DATA DE NASCIMENTO:	07/07/1982	IDADE:	38
DATA DE ATENDIMENTO:	08/07/2020	ATENDIMENTO:	1553279

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CARTEIRA:	0650010004351942						
CIRURGIÃO:	CLEBER MACIEL						
1º AUX.:	ANDRE GOMES						
2º AUX.:	RICARDO MONTERIO						
NEONATOLOGISTA:							
INSTRUMENTADOR:	LUIX CARLOS						
ANESTESISTA:	GUILERME QUINTAS						
INÍCIO:	TÉRMINO		CONTRASTE		VOL	ml	
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:							

LESAO M ROTADOR OMBRO DIR

CRM	15671	
CRM	13519	<input checked="" type="radio"/> COOPERATIVA
CRM	16306	<input checked="" type="radio"/> COOPERATIVA
CRM		
OUTROS PROFISSIONAIS		
TIPO DE ANESTESIA:		GERAL

CIRURGIA REALIZADA:

VIDEO PARA LESAO M ROTADOR,TENOTOMIA BICPES + ACROMIPLASTIA OMBRO DIR

CLASSIFICAÇÃO CIRÚRGICA SEGUNDO POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

PACIENTE DECUBITO LATERAL
 APOIACAO DE CAMPOS ESTEREIS
 CRIAÇÃO PORTAIS ANTERIOR , LATERAL E POSTERIOR OMBRO DIR
 COLOCAÇÃO 2 CANULAS
 IRRIGAÇÃO SORO FISIOLOGIC COM EQUIPO DE BOMBA DE INFUSAO
 TENOTOMIA CABEÇA LONGA BICEPS
 REPARO LESAO ANTERIOR M. ROTADOR COM 1 ANCORA 5.0 METALICA
 HEMOSTASIA COM PONTEIRA RADIO FREQUENCIA
 SINOVECTOMIA COM LAMINA SHAVER SÍNOVIAL
 ACROMIPLASTIA COM LAMINA SHAVER ACROMIONIZER
 SUTURA PORTAIS COM NILON 3,0
 CURATIVO

REGISTRO DE MATERIAIS ESPECIAIS

QUANTIDADE	TIPO

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

CNPJ Nº 11.214.624/0019-57

JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030

FONE: (81) 3320-7500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>

Número do documento: 20110616104581800000069275753

PACIENTE:	ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA	PRONTUÁRIO:	0000317824
DATA DE NASCIMENTO:	07/07/1982	IDADE:	38
DATA DE ATENDIMENTO:	08/07/2020	ATENDIMENTO:	1553279

- 01 PONTEIRA
02 LAMINAS SHAVER
02 CANULAS
01 EQUIPO
01 ANCORA METALICA

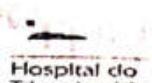
DATA HORA PREENCHIMENTO 08/07/2020 14:10:39 **PRESTADOR** ANDRE VITOR DE ANDRADE GOMES **CONSELHO** CRM - 13519

HOSPITAL UNIMED RECIFE III
CNPJ Nº 11.214.624/0019-57
JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030
FONE: (81) 3320-7500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Num. 70654237 - Pág. 11



Nome: **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**
Data Nasc.: 07/07/82 - 37 ano (s)
Sexo:
Endereço:
Data/hora: 03/04/2020 - 09:21

Nº registro: 276407
Sexo: Masculino
Fone:
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
03/04/2020 - CIBELE LETICIA

SENHA: N044

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

HAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor MMII - Edema

PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR EM PÉ DIREITO + EDEMA APÓS TRAUMA HOJE PELA MADRUGADA

EXAME FÍSICO:

120 x 80 mmHg | Temperatura:
77 | Sat O2: | FC: 86 Bpm | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

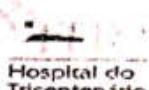
Score Total Score: 0

Dr.ª CIBELE LETICIA DE ALCANTARA
COREN : 589061

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: CIBELE LETICIA DE ALCANTARA, Data e Hora: 03/04/2020 09:24:12.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upalbura.org.br





Nome: **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**
Data Nasc.: 07/07/82 - 37 ano (s)
Mae: VERA LUCIA SILVA DE OLIVEIRA
Endereço: R IBITIGUARA, nº 314, COHAB, RECIFE - PE
Data/hora: 03/04/2020 - 09:28

Nº registro: **276407**
Sexo: Masculino
Fone: 81988370225
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:
TRAUMA CONTUSO NO PE DIR HA 10H

Exame Físico:
ESCORIACAO E EDEMA NO MEDIOPE

Resultados de Exames:

Conduta:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
09 - Traumatismo superficial do tornozelo e do pé, não especificado|

Obito: Não

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA. CRM: 20583. Data e Hora: 03/04/2020 09:33:07.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajal, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.970.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Num. 70654237 - Pág. 13



Nome: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
 dt. Nasc.: 07/07/82 - 37 ano (s)
 Mae:
 Endereço: , nº, -
 Data/hora: 03/04/2020 - 09:21

Nº registro: 276407
 Sexo: Masculino
 Fone:
 Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: N044

03/04/2020 - CIBELE LETICIA

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
 Especialidade: ORTOPEDIA
 Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

HAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor MMII - Edema

PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR EM PÉ DIREITO + EDEMA APÓS TRAUMA HOJE PELA MADRUGADA

EXAME FÍSICO:

: 120 x 80 mmHg | Temperatura:
 P: | Sat O2: | FC: 86 Bpm | Peso: | Altura:

OBSERVAÇÕES:

Tnews Total Score: 0

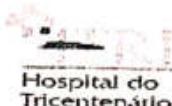
Dr.ª CIBELE LETICIA DE ALCANTARA
 COREN : 589061

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
 Nome do profissional: CIBELE LETICIA DE ALCANTARA. Data e Hora: 03/04/2020 09:24:12.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
 Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
 CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upalbura.org.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
 Número do documento: 20110616104581800000069275753



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) **ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA**, foi atendido na Unidade de Pronto Atendimento - UPA Ibura.

CID: S923
Data: 01/05/2020

- (??) Necessitando de ?? (?) dias de afastamento de suas atividades (do trabalho ou escola);
→ (X) Estando apto(a) para voltar as suas atividades;
() Como acompanhante;
() Declaração de consulta médica hoje;
() Outros ??

Recife, 01/05/2020

Dr. Leonardo Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 20.583

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br





Sistema
Único de Saúde



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IBURA



NOME: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA
DATA: 01/05/2020

LAUDO MÉDICO
PACIENTE SUPRACITADO COM RELATO DE TRAUMA
CONTUSO NO PÉ DIREITO OCORRIDO NO DIA
03/04/20 SECUNDÁRIO A QUEDA DE MOTO.
NO MOMENTO DO ATENDIMENTO FOI FLAGRADA
FRATURA DO 2º METATARSO DIREITO SEM DESVIO
CIRÚRGICO. REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR
COM APARELHO GESSADO BOTA DURANTE QUATRO
SEMANAS. RADIOGRAFIA DE HOJE EVIDENCIA
FRATURA CONSOLIDADA.
CD: PACIENTE APTO AO RETORNO LABORAL
CID10: S923

Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA

Rua Vale do Itajai, s/n - Lagoa Encantada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.upaibura.org.br

Dr. Leonardo Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20.583



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219590269

NOME

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

5431714 SSP PE

CPF

028.982.794-98

DATA NASCIMENTO

07/07/1982

FILIAÇÃO

PAULO MIGUEL DE
OLIVEIRA
VERA LUCIA SILVA DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

01595882610

VALIDADE

24/12/2020

1ª HABILITAÇÃO

29/12/2000

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JAROATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO

28/12/2015

80393896213

PE070589453

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1219590269



SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015458866308 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE - PE

EXERCÍCIO
2020

DATA EMISSÃO
13/03/20

VIA

1

CPF / CNPJ

020.982.794-90

PLACA

PFM1216

RENAVAM

931766195

MARCA / MODELO

HONDA/XRE 300

ANO FAB.

2011

CAT. TARIF.

19

Nº CHASSI

9CEND0910RE206656

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

3.65

DENATRAN (R\$)

0.41

CUSTO DO SEGURO (R\$)

4.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.05

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

12.30

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

12/02/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUES E GUARDES
SÓS NECESSITATE PORTAR O BILHETE OBRIGATÓRIO

JUL / 2019

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200278184 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/04/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DO PÉ DIREITO, SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 8 (&, SEQ 3, SEM SEQUELA PELA AMD)

NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECER NEXO CAUSAL COM O DOCUMENTO HOSPITALAR ACOSTADO (FOLHA CIRÚRGICA) NA PÁGINA 2 E O ACIDENTE EM QUESTÃO, TENDO EM VISTA NÃO CONSTAR NAS DOCUMENTAÇÕES HOSPITALARES DATADAS DA ÉPOCA DO ACIDENTE, NENHUMA INFORMAÇÃO DE FRATURA E/OU LUXAÇÃO EM OMBRO DIREITO.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Num. 70654237 - Pág. 19



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° doório ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> ALBEKTO PAULO DE OLIVEIRA	6 - CPF: <input type="text"/> 028.982.794-98		
7 - Profissão: <input type="text"/>	8 - Endereço: <input type="text"/> Pra. IBITIGARA	9 - Número: <input type="text"/> 314	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> IBURU	12 - Cidade: <input type="text"/> Recife	13 - Estado: <input type="text"/> PE	14 - CEP: <input type="text"/> 51380-270
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 61 98827-0725

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
---	---

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: REUSO 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)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO ITAV

AGÊNCIA: 6318

CONTA: 42230

7

(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 (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), 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.

Spécifico 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 à 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 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) Divorciado Separado judicialmente Vívo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não | 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 quantos filhos? Sim Não | 30 - Vítima deixou resguardos? Sim Não | 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos? Sim Não | 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.

MORTE

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

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

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

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

40 - Local e Data:

Albeerto Paulo de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

NAO ATUALIZADO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel (DDO):		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL

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:

REUSCO 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:

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO ITAVI

AGÊNCIA: 6318 CONTA: 42230 (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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- 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.

Spôntano 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à 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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Vívo	24 - Data do óbito da vítima:							
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo (irmãos)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/filhos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim

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 omitido 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)

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:10:45
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616104581800000069275753>
Número do documento: 20110616104581800000069275753

Num. 70654237 - Pág. 21



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° doório ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> ALBERTO PAULO DE OLIVEIRA	6 - CPF: <input type="text"/> 028.982.794-98		
7 - Profissão: <input type="text"/>	8 - Endereço: <input type="text"/> Pra. IBITIGARA	9 - Número: <input type="text"/> 314	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> IBURU	12 - Cidade: <input type="text"/> Recife	13 - Estado: <input type="text"/> PE	14 - CEP: <input type="text"/> 51380-270
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 61 98827-0725

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
---	---

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: REÚSO 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)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO ITAV

AGÊNCIA: CONTA: 42230

(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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

- 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.

Spécifico 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à 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 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) Divorciado Separado judicialmente Vívo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não | 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 netos (famílias)? Sim Não | 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/filhos 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.

MORTE

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

NAO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data,

Alberto Paulo de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

