



Número: **0035468-90.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERINALDO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73339551	08/01/2021 14:26	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200217424

Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

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 15869381

Pag. 01201/01202 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200217424

Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01985/01986 - carta_02 - INVALIDEZ

00070993



Carta nº 15881648





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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200217424

Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

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\$ 7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000068861487-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200217424 Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01435/01436 - carta_09 - INVALIDEZ

00030718



Carta nº 15940067





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, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200217424 Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00877/00878 - carta_09 - INVALIDEZ

00030439



Carta nº 15980778



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: **558.905.634-91** 4 - Nome completo da vítima: **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **ERINALDO PEREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **558.905.634-91**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA EALISTO GOMES** 9 - Número: **112** 10 - Complemento: **PARA**
11 - Bairro: **LAGOA DE JOÃO CARLOS** 12 - Cidade: **FREI MIGUELINHO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.780-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **81.99665-0454**

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: ☒ RECURSO 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. Apague uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **NUBANK (260)**
AGÊNCIA: **0001** CONTA: **68861487** **4**
(Informe o dígito se existir) (Informe 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 o crédito, 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 os termos 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 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (Mãe Divorciada) ☐ Viúva ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva
24 - Carro de propriedade da vítima: _____
25 - Causa 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ 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 responsabilização criminal por infração do art. 179 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, **FREI MIGUELINHO 17/06/2020**

Erinaldo da Pereira da Silva

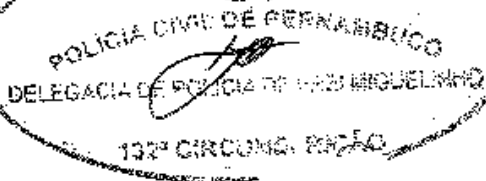
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 132ª CIRCUNSCRIÇÃO - FREI MIGUELINHO - DP132ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0222000122

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2020** às **15:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/5/2020** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CALISTO GOMES DE MOURA, 1, EM FRENTE AO DEPOSITO DE JADSON** - Bairro: **DISTRITO LAGOA DE JOAO CARLOS - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUCIENE MARIA DA SILVA (OUTRO)
KENNEDY QUEIROS DOS SANTOS (OUTRO)
ERINALDO PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

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

ERINALDO PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/3/1968** Naturalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3330090/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA CALISTO GOMES DE MOURA, 112 - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO LAGOA DE JOAO CARLOS - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A MARAISA**

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

LUCIENE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**Mãe: **LUZIA MARIA GALDINO DA SILVA** Pai: **JOSEILDO GALDINO DA SILVA** Data de Nascimento: **31/1/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **428356588/SSP/SP (RG), 10207253483 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA CALISTO GOMES DE MOURA, 112 - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO LAGOA DE JOAO CARLOS - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

KENNEDY QUEIROS DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO**

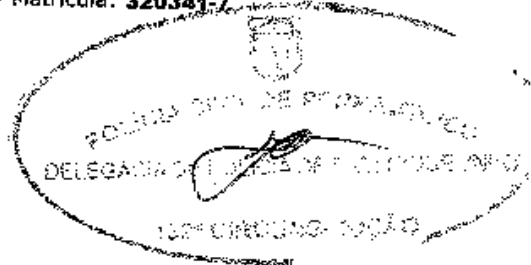


INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)****MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **KENNEDY QUEIROS DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KFV2606** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **898106567** Chassi: **9C2KC008107R03738**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007****Complemento / Observação**

A NOTICIANTE RELATA QUE O SEU SOGRO ERINALDO PEREIRA DA SILVA, NO DIA 11/05/2020 POR VOLTA DAS 11:30HS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFV 2606, PELA ESTRADA DO POVOADO DE LAGOA DE JOÃO CARLOS, ONDE TRAFEGAVA DO REFERIDO POVOADO PARA SUA CASA DE RESIDÊNCIA, E AO PASSAR NA FRENTE DO DEPÓSITO DE UM SENHOR CONHECIDO POR JADSON FOI SURPREENDIDO COM UM CAMINHÃO DANDO RÉ NO SENTIDO DA VIA QUE TRAFEGAVA A VÍTIMA, TENDO O MESMO PARA EVITAR A COLISÃO FREADO BRUSCAMENTE A MOTOCICLETA, PORÉM NÃO CONSEGUIU E VEIO A COLIDIR, SOFRENDO LESÕES GRAVÍSSIMAS PELO CORPO, FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU AO HOSPITAL JOÃO ALEXANDRE NESTA CIDADE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO AO HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, TENDO INCLUSIVE PERDIDO PARTE DE SUA PERNA DIREITA.

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

Luciene Maria da Silva
LUCIENE MARIA DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSÉ LEONARDO GONCALVES DE SOUSA** - Matrícula: **320341-7**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: **558.905.634-91** 4 - Nome completo da vítima: **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **ERINALDO PEREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **558.905.634-91**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA EALISTO GOMES** 9 - Número: **112** 10 - Complemento: **CHASA**
11 - Bairro: **LAGOA DE JOÃO CARLOS** 12 - Cidade: **FREI MIGUELINHO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.780-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **81.99665-0454**

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: ☒ RECURSO 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. Apague uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **NUBANK (260)**
AGÊNCIA: **0001** CONTA: **68861487** **4**
(Informe o dígito se existir) (Informe 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 o crédito, 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 os termos 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 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (Mãe Divorciada) ☐ Viúva ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva
24 - Carro de propriedade da vítima: _____
25 - Causa 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ 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 responsabilização criminal por infração do art. 289 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, **FREI MIGUELINHO 17/06/2020**

Erinaldo da Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/07/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	7.087,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000068861487-4

Nr. da Autenticação 1D73364CCEEB4355





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-88 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ARLETE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CALISTO GOMES 112

CPF: 023.942.654-18 NIS: 16028349624

LAGOA DE JOAO CARLOS/LAGOA DE JOAO
FREI MIGUELINHO PE
55780-000

CLASSIFICAÇÃO
61 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR
15/04/2020	15/04/2020	0,00
2002483145	5242311	

CONTADOR	DATA
7004277206	04/2020
23/04/2020	15/05/2020
	0,00

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	20,0000000	0,00000002	0,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,00000003	0,00
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	20,0000000	0,00000002	0,00

TOTAL DA FATURA

0,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DEBTA FATA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3010107048	CAT	13/03/2020	4.018,00	15/04/2020	4.668,00	33	1,00000		50,00

MÊS	DATA	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição de Energia	R\$	%
ABR 20	30				Geração de Energia	0,00	100,00%
MAR 20	27				Transmissão	0,00	0,00%
FEV 20	24				Distribuição de Energia	0,00	0,00%
JAN 20	31				Perdas de Transmissão	0,00	0,00%
DEZ 19	31				Perdas de Distribuição	0,00	0,00%
NOV 19	30				Impostos	0,00	0,00%
OUT 19	31				Total	0,00	100%
SET 19	30						

Digitalizado com CamScanner



Parque Ecológico de Pombal
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 53030-002
FAX: 51 3015.9021/021-05 | E-mail: ECE@CEPEA.br | www.cepea.br/conte

CAPÍTULO DO CUÉNTA

CADIS DO CUENTE
FILLER DO JOVELLA AL FILLER PROLE FEIN UNDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL ALVES DE MOURA, 24

CP# 574 (4C 334-77)

JOINTS, R. BIR
EURLIMPE
15-01-00

GENERAL
RESIDENTIAL
MORTGAGE

0523279033 05/2020

1739394F

2000

CC:002727

Call 1-800-368-6868

2004/2/25/33

4754:17

Comandante Político: T. 693
Comandante Político: T. 7
Comandante Político: T. 7
Comandante Político: T. 7
Comandante Político: T. 7

QUANTITY	PRICE	TOTAL
472.000000	1.4585200	688.400000
472.000000	1.4585200	688.400000

10.1517/136457002101517

129.56

MENS		TIP DA		ANTERIOR		ATUAL		NOV. CONSTANTE	AJUSTA	CURSIVO (MM)
RECORR	RECORR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
1-0000	1-0000	21/04/2020	2147	02/05/2020	2147	02/05/2020	2147	1.00000		2147

Fonte	1960	1970	1980	1990	2000
HIDRO	~15%	~35%	~55%	~75%	~92%
FÓSSIL	~85%	~65%	~45%	~25%	~8%
NÚCLEO	0%	0%	0%	~1%	~1%
EÓLICO	0%	0%	0%	0%	0%
SOLAR	0%	0%	0%	0%	0%

[illegible]

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.*

* Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

* Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERINALDO PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 558.905.634 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERINALDO PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 558.905.634 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

1.1 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA MANOEL ALVES DE MOURA</u>	Número	<u>64</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SURUBIM</u>	Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55350-000</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>81-99065-0454</u>	Telefone celular (DDD)	<u>81-98133-5022</u>

SURUBIM, 17 de JUNHO de 2020

Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que a UBS FREI MIGUELINHO, Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192, registrou a ocorrência N° 1364, ID N° 0253 (SAMU 192 AGRESTE), no dia 11/05/2020, por volta das 14:00 hrs onde a vítima o Sr.: **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**, brasileiro, D.N. 22/03/1968, portador de cédula de identidade nº 3.330.090 SDS/PE, CPF nº 558.905.634-91, foi socorrido pelos nossos serviços, levado para o Hospital e Maternidade João Alexandre de Oliveira (HMJAO) da cidade de Frei Miguelinho.

Colocamos - nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 10 de Junho de 2020.

Carlos Thiago Alves
Coordenador de Enfermagem
COREN-PE 550.060 ENF

CARLOS THIAGO ALVES
COORDENADOR DE ENFERMAGEM





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE

TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**, brasileiro, D.N. 22/03/1968, residente e domiciliado no Povoado de Lagoa de João Carlos, S/N, Centro, Frei Miguelinho, portador de cédula de identidade nº 3330090 SDS/PE, CPF nº 558.905.634-91, foi atendido nesta unidade, **HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA**, no dia 11 de maio de 2020, por volta das 12hr31min, onde a vítima sofrera trauma em decorrência de acidente de motocicleta, prontuário 62.753. O mesmo foi transferido para o Hospital Regional do Agreste (HRA), segue em anexo, ficha de atendimento.

Colocamos - nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Frei Miguelinho/PE, 09 de junho de 2020.

Secr. Mun. de Saúde - Frei Miguelinho:
Priscila Rafaela L. de A. Andrade
Diretora Administrativa
Portaria Nº 200/2017

PRISCILA RAFAELA LEAL DE ASSUNÇÃO ANDRADE
DIRETORA ADMINISTRATIVA
PORTARIA Nº 200/2017

HOSPITAL E MATERNIDADE
JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA
Av. Presidente Kennedy, S/N
Centro - Frei Miguelinho-PE
CNPJ/MF Nº 13.811.409/0001-30

Av. Presidente Kennedy, S/N | Centro | Frei Miguelinho - PE | Fone/Fax: (81) 3751.1145 | CNPJ: 13.811.409/0001-30





PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINHO
SECRETARIA DE SAÚDE
TRABALHANDO O PRESENTE, CONSTRUINDO O FUTURO

HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA (HMJAO)

FICHA DE TRIAGEM

1 - NOME: Eronaldo Pereira da Silva (52a)

2 - DATA: 11/05/2020

3 - HORÁRIO DE CHEGADA: 12:31h

4 - HORÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO: 12:33h

5 - GESTANTE () SIM () NÃO () INCERTEZA

6 - QUEIXA PRINCIPAL: Vítima de trauma com lesão externa
em pé (D) + fratura de tibia (D)

7 - PARÂMETROS CLÍNICOS:

- PA: 130 x 80 FC: 62 FR: 18 TEMP: 36 SpO2: 96%

- GLICEMIA CAPILAR: 140 PESO: —

8 - MEDICAÇÕES EM USO: —

9 - () ALERGIAS —

() USO DE DROGAS —

[Assinatura]
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DE WALDOMIRO FERREIRA

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o Sr (a) Erivaldo Pereira da Silva
, com Registro Hospitalar: 358486 , Esteve interno nesta unidade
hospitalar no dia 11/05/2020 a 29/05/2020 .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais
esclarecimentos.

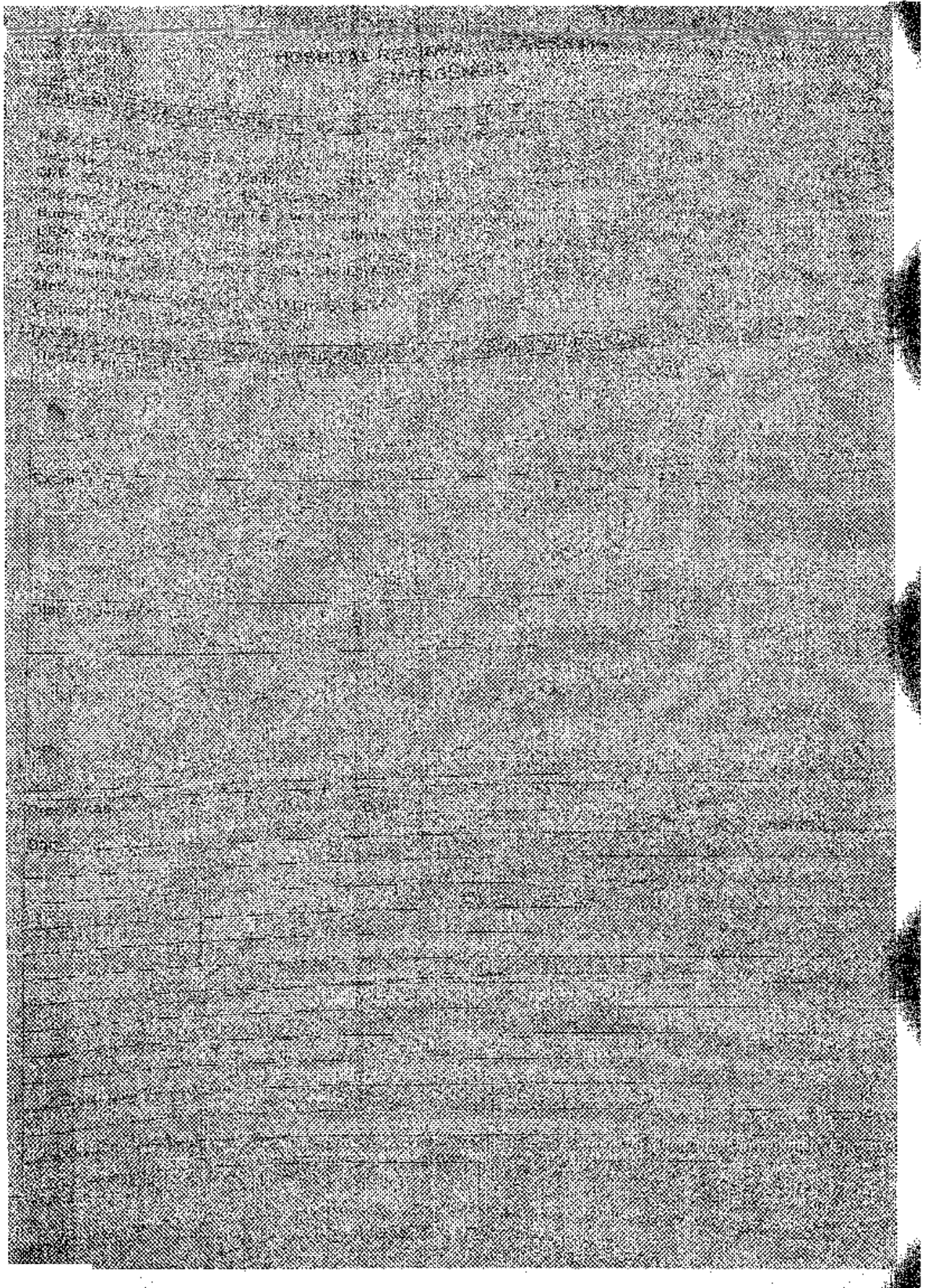
Caruaru 31 de Junho 2020
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
127-6920/S/RE - PMSI - PMSI
setor de arquivo (SAME)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br 232 Km 130 S/N Bairro Indianópolis Caruaru-PE

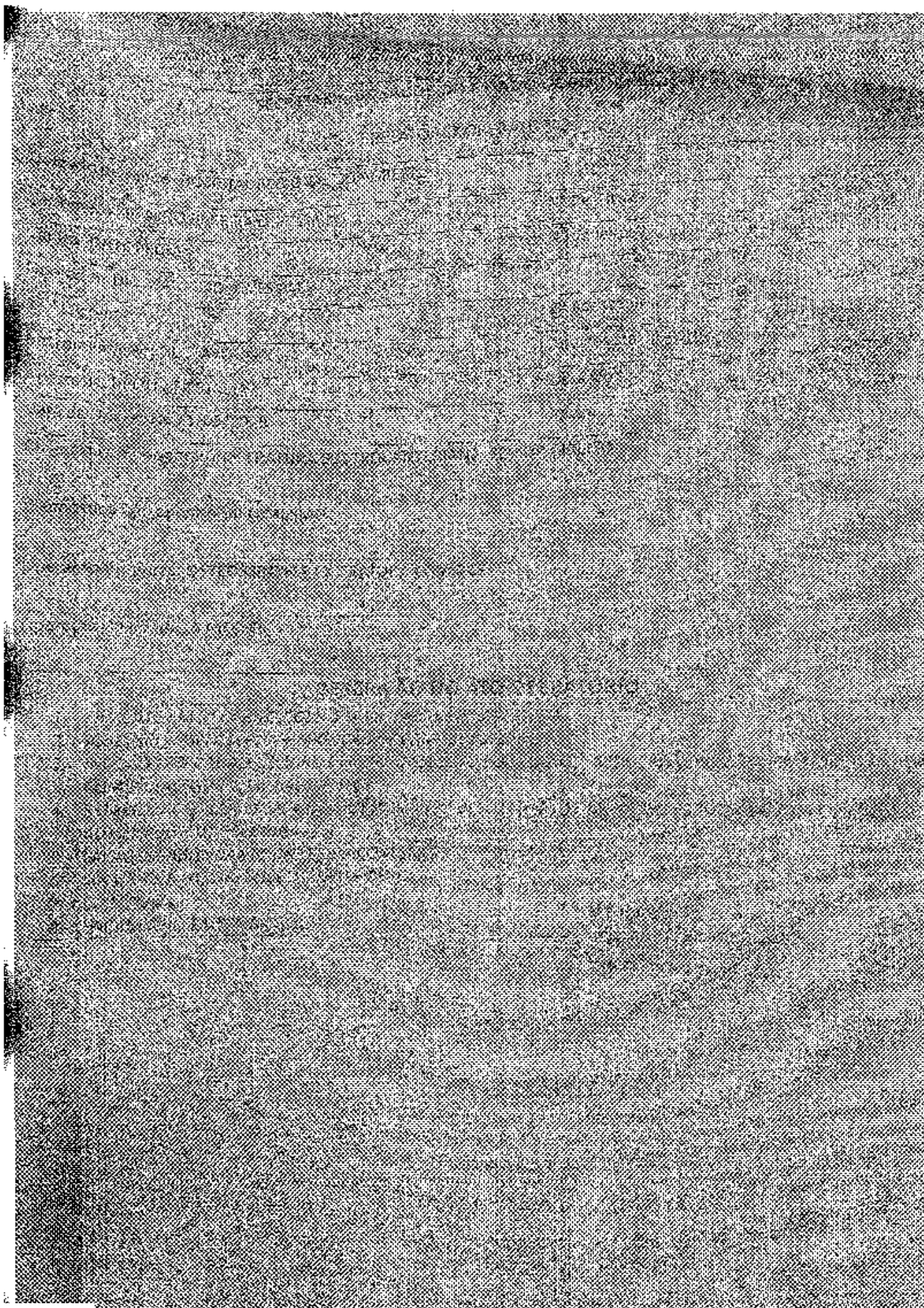
CEP: 55.020-000

CNPJ: 10.572.046/0014-42 - Fone: 0**82-3719-9346.









SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Francisco Pereira da Silva

Prontuário:

358486

Data:

1/1/20

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura femur + fratura perna (D)
+ lesões vasculares MTD

AMEULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Atendimento e exames

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento fratura + fratura perna (D)
ATB p/coro + analgésico p/coro + Curativo úlcera

Alta Hospitalar: Data:

29/05/2020

Hora:

02/07/20

201

Paulo Tarso

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Digitalizado com CamScanner





Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº

Clínica:

Enfermaria:

C 17-388.0

Amputação do
membro inferior
distal abaixo do
joelho. No momento
sem fase de recuperação
Necessitando de
180 (cento e oitenta)
dias de afastamento
do trabalho.

Data

01/07/2022

Dr. Paulo da Silva
Medicina e Radiologia
CRM 11914

Médico - CRM

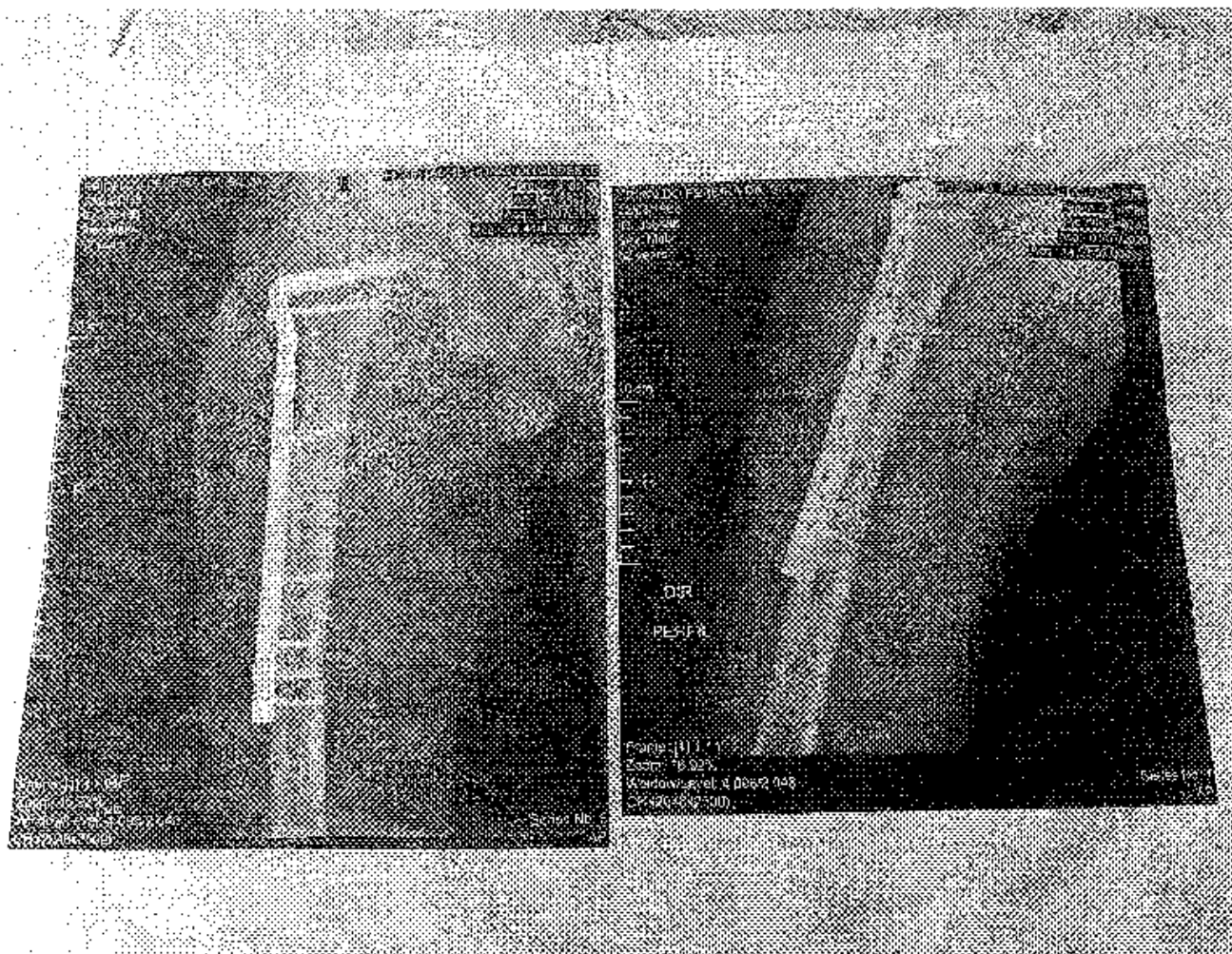
O primeiro Cigano é uma passagem para o vício
Eliada Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 88

Digitalizado com CamScanner



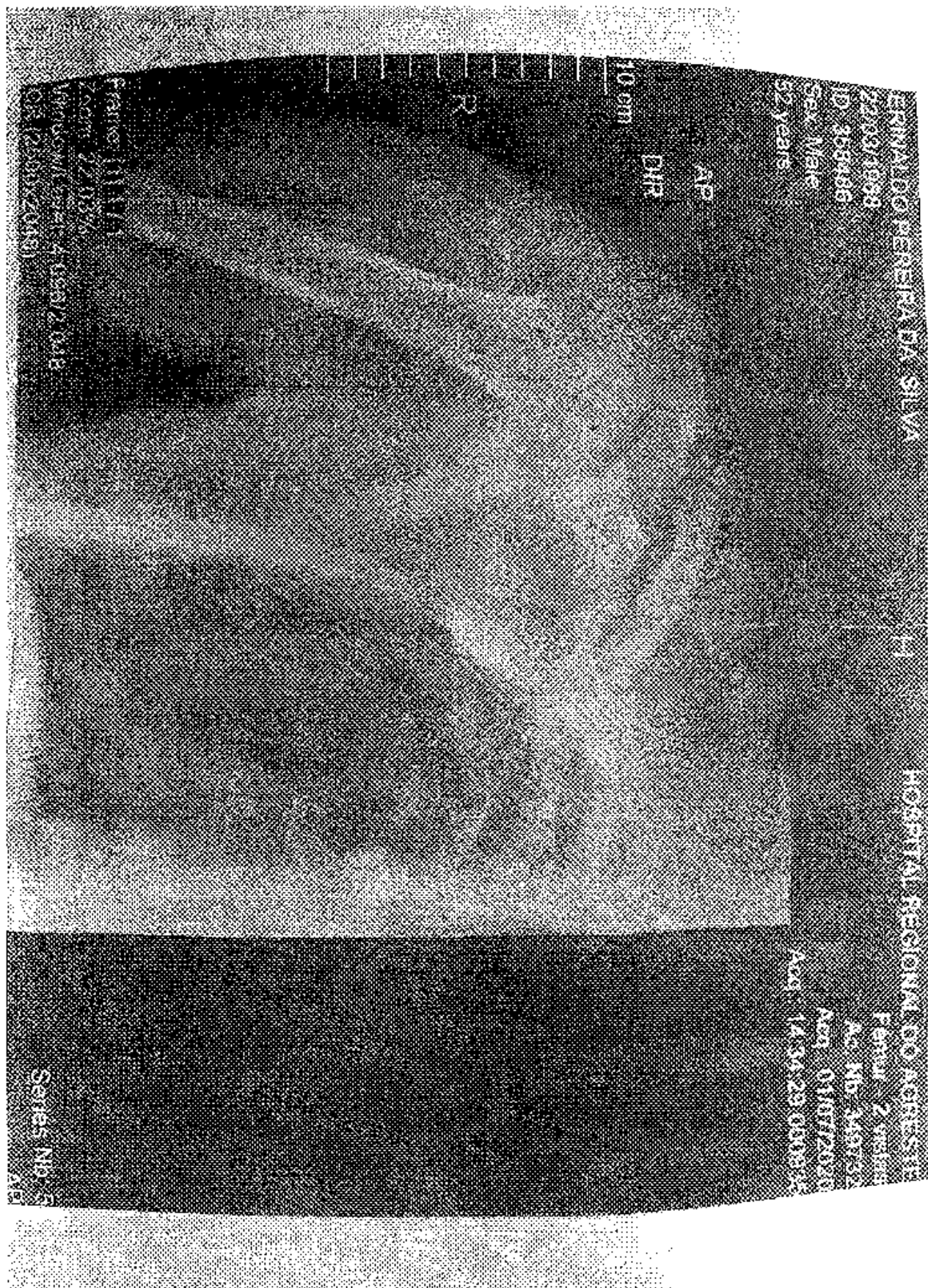


Digitalizado com CamScanner

Yahoo Mail - PERICIA

<https://mail.yahoo.com/d/folders/17.html?lang=pt-br&intl=br&lang=pt-br>





Digitalizado com CamScanner

08/07/2020 15:45



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.330.090

21/12/2018

<< SPINALDO PEREIRA DA SILVA >>

<< MANOEL PEREIRA DA SILVA >>

<< SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

LOCALIDADE: FREI MIGUELINHO - PE

DATA DE NASCIMENTO: 22/03/1968

EXEMPLO << CC.30227-LB102-F.244-CART. 1º SUBDIST SEDE SANTO ANDRÉ SP 01.02.2008 >>

CPF: 559.905.634-91

COISA: 1-6 DE 23.583

P-41 92/733

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DA OBRERA SOCIAL

INSTITUTO DE BIOMETRIA (CARTÃO DE IDENTIFICACAO)

IDENTIFICACAO

IDENTIFICACAO

Manoel da Pereira da Silva

CARTÃO DE IDENTIFICACAO

Digitizado com CamScanner

Digitizado com CamScanner





DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DJR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

DETRAN-PE

10:48:37

Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

Placa:	KFV2606	UF:	PE
Renavam:	898106567		
Chassi:	9C2KC08107R037385		
Número do Motor:	KC08E17037385		
Proprietário:	KENNEDY QUEIROZ DOS SANTOS		
Município:	JAB GUARARAPES		
Marca/Modelo:	HONDA/CG 150 TITAN KS		
Fabricação/Ano:	2006 / 2007		
Cor:	PRATA		

Restrições Gerais:

Registro do contrato de Financiamento:	Data:
Restrição 1:	COMUNICACAO DE VENDA
Restrição 2:	
Restrição 3:	
Restrição 4:	

Observação restrição:

Débitos:

IPVA:	Sim	Valor:	589,07
Licenciamento:	Sim	Valor:	756,72
Multas IPVA:	Não	Valor:	
Multas:	Sim	Valor:	191,54
DPVAT:	Sim	Valor:	96,88
Autuações em Tramitação:	Não	Valor:	

Gravame:

Último CRLV Emitido:

Exercício:	2010		
Emissão:	06/05/2010 SHOPPING GUARARAPES	Entrega:	
Destino:	ON-LINE	Retirante:	
Devolução:		Motivo:	
AR de Postagem:			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200217424 **Cidade:** Frei Miguelinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/05/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura subtrocanterica do fêmur direito. Fratura da tíbia direita. Lesão vascular com lesão extensa de partes moles da perna direita. Fratura da clavícula direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresentando amputação transtibial à direita (abaixo do joelho direito), deambulando com necessidade de apoio. Deformidade com consolidação viciosa da clavícula e leve redução da amplitude de movimentos de abdução e adução do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Vítima admitida em unidade hospitalar com queixa algica intensa, com lesão extensa em perna direita, provável fratura da clavícula direita e lesão vascular em membro inferior direito. Sendo diagnosticada a fratura da clavícula direita, fratura do fêmur direito e fratura da tíbia direita. Em 11/05/2020 realizado procedimento cirúrgico com osteossíntese com redução da fratura com uso placa + parafusos interfragmentares + parafuso deslizante e corticais. Evoluindo com necrose extensa da perna direita, e devido a complexidade do quadro, sendo optado por amputação transtibial da perna direita. Tratamento conservador da fratura clavicular direita. Realizada antibioticoterapia, com alta hospitalar em 29/05/2020.

Sequelas permanentes: Amputação do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/06/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: A fratura da clavícula direita devido a data do acidente, optou-se por deixar em tratamento, devendo ser reavaliado após o prazo de 60 dias.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168423/20

Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 558.905.634-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/05/2020

Titular do CPF: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ERINALDO PEREIRA DA SILVA : 558.905.634-91

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: 17/06/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200217424	Data da solicitação: 21/07/2020
Nome do beneficiário: ERINALDO PEREIRA DA SILVA	CPF do beneficiário: 558.905.634-91
Nome do solicitante:	CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454	Tel. Comercial: ()	Tel. Residencial: ()
E-mail:		

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: LAUDO MÉDICO/DOC. IMAGEM (DESCARTE)

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

Solicito que seja REANALISADO meu processo pois fiz todo tratamento médico e mesmo assim me encontro com sequelas graves e o valor pago foi inferior ao que tenho direito, pois também tive fraturas em minha clavícula e não fui indenizado devidamente.

FREI MICHELINHO, 21/07/2020

Local e Data

Erinaldo da Pereira da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher: pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

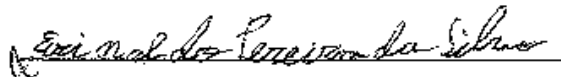
NOME: ERINALDO PEREIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 3.330.090 SDS/PE e CPF: 558.905.634-91
DATA DO ACIDENTE: 11/05/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: ERINALDO PEREIRA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA CALISTO GOMES, Nº 112, LAGOA DE JOÃO CARLOS – FREI MIGUELINHO – PE – CEP 55.780-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-88
ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº 64, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE – CEP 55.750-000

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

FREI MIGUELINHO, 17 DE JUNHO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168423/20

Número do Sinistro: 3200217424

Vítima: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 558.905.634-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/05/2020

Titular do CPF: ERINALDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 09/07/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200217424**

Nome do(a) Examinado(a): **ERINALDO PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA CALIXTO GOMES, 112 - Frei Miguelinho - PE - CEP 55780-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **3330090**

Data e local do acidente: [**11/05/2020**] **Frei Miguelinho**

Data e local do exame: [**25/06/2020**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura subtrocanterica do fêmur direito. Fratura da tíbia direita. Lesão vascular com lesão extensa de partes moles da perna direita. Fratura da clavícula direita.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico, vítima apresentando amputação transtibial à direita (abaixo do joelho direito), deambulando com necessidade de apoio. Deformidade com consolidação viciosa da clavícula e leve redução da amplitude de movimentos de abdução e adução do ombro direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima admitida em unidade hospitalar com queixa algica intensa, com lesão extensa em perna direita, provável fratura da clavícula direita e lesão vascular em membro inferior direito. Sendo diagnosticada a fratura da clavícula direita, fratura do fêmur direito e fratura da tíbia direita. Em 11/05/2020 realizado procedimento cirúrgico com osteossíntese com redução da fratura com uso placa + parafusos interfragmentares + parafuso deslizante e corticais. Evoluindo com necrose extensa da perna direita, e devido a complexidade do quadro, sendo optado por amputação transtibial da perna direita. Tratamento conservador da fratura clavicular direita. Realizada antibioticoterapia, com alta hospitalar em 29/05/2020.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Amputação do membro inferior direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequelas permanentes" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

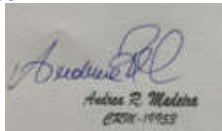
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

NOTA DO REVISOR: A fratura da clavícula direita devido a data do acidente, optou-se por deixar em tratamento,
devendo ser reavaliado após o prazo de 60 dias.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

