



Número: **0074173-60.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/11/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VICTOR BARBOSA HIGINO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73753054	19/01/2021 14:12	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189828

Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICTOR BARBOSA HIGINO

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 15806694

Pag. 00187/00188 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189828 Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO

Data do Acidente: 22/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VICTOR BARBOSA HIGINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01953/01954 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040977



Carta nº 15812180





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

**Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200189828**

**Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO**

**Data do Acidente: 22/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VICTOR BARBOSA HIGINO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **VICTOR BARBOSA HIGINO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001242**

Conta: **000000043425-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





# 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:

127118034 06

4 - Nome completo da vítima:

VICTOR BARBOSA HIGINO

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

5 - Nome completo:

VICTOR BARBOSA HIGINO

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA QUATORZE

6 - CPF:

127118034 06

11 - Bairro:

JOSE FERNANDO LOBO

12 - Cidade:

LAGOA DO CARRO

9 - Número:

157

10 - Complemento:

-

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55820-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 99900 4994

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



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☒ CONTA POUPANÇA (Semente 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:

AGÊNCIA:

1242

CONTA:

000434257

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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

☐ 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascer ou (viver)?:

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Assinatura:

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: LAGOA DO CARRO 23-03-2020

Victor Barbosa Higino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



22/01/2020

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 056ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DO CARRO - DP56ªCIRC  
DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0146000031

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/01/2020 às 15:50

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia 22/12/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, PE 90 PROXIMO FERRINHA DO TROCA** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **QUASE EM FRENTE AO POSTO ROJÃO**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESOCNHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSE MANOEL DE SOUZA JUNIOR (OUTRO)  
ALINE MARIA DA SILVA (TESTEMUNHA)  
VICTOR BARBOSA HIGINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VICTOR BARBOSA HIGINO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESOCNHECIDO

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

**VICTOR BARBOSA HIGINO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA LEONCIO BARBOSA** Pai: **COSMO MARIANO HIGINO** Data de Nascimento: **26/1/1995** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9239107/3DS/PE**  
(RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 993727814**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 157, RUA 14 - CEP: 0 - Bairro: JOSE FERNANDO LOBO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO CHAFARIZ**

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

**JOSE MANOEL DE SOUZA JUNIOR (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ALINE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, RUA 06 - CEP: 0 - Bairro: JOSE FERNANDO LOBO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DO FRIGORIFICO**

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



22/01/2020

Boletim de Ocorrência

**MOTOCICLETA 01 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MANOEL DE SOUZA JUNIOR**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **VICTOR BARBOSA HIGINO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEG6821** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1670CR444167**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**



**MOTOCICLETA 02 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESOCNHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

**DESOCNHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

A VITIMA, VICTOR BARBOSA HIGINO, VEIO A ESTA DP INFORMAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FAN 150 PLACA PEO 6821 PELA PE 90, NA ALTURA DO POSTO ROJÃO CARPINA -PE, MOMENTO EM QUE ATRAVESSOU NA REFERIDA RODOVIA UMA MOTOCICLETA HONDA CG 125 COR VERMELHA, ONDE NÃO FOI POSSIVEL PARAR A SUA MOTOCICLETA COLIDINDO LATERALMENTE COM O A MOTOCICLETA NA QUAL O CONDUTOR DESCONHECIDO ATRAVESSOU SEM OBSERVAR O FLUXO DA PE 90, CULMINANDO NA QUEDA DE AMBOS, SENDO QUE A VITIMA VICTOR SOFREU FRATURA NO ROSTO, PRINCIPALMENTE NA MANDIBULA E MAXILAR SEGUNDO CONSTA NO PRONTUARIO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, O QUAL FOI ENCAMINHADO DEPOIS DE TER SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UNIDADE MISTA DO CARPINA -PE, A TESETEMUNHA ESTAVA NA GARUPA E NADA SOFREU, APENAS ARRANHÕES NO OMBRO E NA PERNA, ENQUANTO O CONDUOTR CAUSADOR TAMBEM FOI SOCORRIDO PARA A MESMA UNIDADE DE SAUDE, POREM NÃO E DE CONHECIMENTO ACERCA DE SEU ESTADO DE SAUDE NO MOMENTO, ASSIM ENCERRA ESTE BOE.

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

*Victor Barbosa Higino*  
**VICTOR BARBOSA HIGINO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA CASTRO** - Matrícula: **319921-5**







# 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:

127118034 06

4 - Nome completo da vítima:

VICTOR BARBOSA HIGINO

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

5 - Nome completo:

VICTOR BARBOSA HIGINO

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA QUATORZE

6 - CPF:

127118034 06

11 - Bairro:

JOSE FERNANDO LOBO

12 - Cidade:

LAGOA DO CARRO

9 - Número:

157

10 - Complemento:

-

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55820-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☒ CONTA POUPANÇA (Semente 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:

AGÊNCIA:

1242

CONTA:

000434257

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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

☐ 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 nascituro (valescor)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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

34 - Assinatura:

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

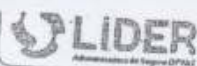
40 - Local e Data: LAGOA DO CARRO 23-03-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



CAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

127.118.034-06

4 - Nome completo da vítima:

VICTOR BARBOSA HIGINO

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

5 - Nome completo:

VICTOR BARBOSA HIGINO

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA QUATORZE

6 - CPF:

127.118.034-06

11 - Bairro:

JOSE FERNANDO LOBO

12 - Cidade:

LAGOA DO CARRO

9 - Número:

PE

10 - Complemento:

55820-000

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55820-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



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:

AGÊNCIA: 1242

CONTA: 000434257

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):



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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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



Vivo

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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascer (val nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

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

34 -

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, LAGOA DO CARRO 30-05-2020

Victor Barbosa Higino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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:	08/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

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

CLIENTE: VICTOR BARBOSA HIGINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000043425-7

---

---

Nr. da Autenticação 04C8760E6E0ECD85





DADOS DO CLIENTE

JOSEFA LEONCIO BARBOSA

CPF: 030 085 944-01

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Município

Nº NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
080795986	UNICA	30/12/2019
CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTABILIDADE
30/12/2019	2002581779	1694972

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, PE CEP 51040-002  
CNPJ 10.836.932/0001-08 E-mail: E-002@celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA QUATORZE 157

LOTTO JOSE FERNANDO LOBO LAGOA DO  
LAGOA DO CARRO PE  
55820-000

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	DATA DE VENCIMENTO
2477609018	12/2019
08/01/2020	29/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	93,81

Consumo Abaixo (MWh)  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
Contrib. Ilum. Pública Municipal  
ICMS Subvenção-CDE-NF 083158265-29/10/19  
Multa por atraso-NF 086927666-29/11/19  
Juros por atraso-NF 086927666-29/11/19  
Atualização IOPM-NF 086927666-29/11/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
107,0000000	0,75727874	81,02
		1,84
		0,37
		7,90
		0,71
		1,76
		0,11
		0,02
		93,81

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
MC17N03	CAT	28/12/2019	28/12/2019	28/01/2020	28/01/2020	30	1,00000		107,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (MWh)
DEZ 19	107
NOV 19	106
OUT 19	121
SET 19	114
AGO 19	78
JUL 19	118
JUN 19	118
MAY 19	120
ABR 19	117
MAR 19	200
FEB 19	113
JAN 19	113
DEZ 18	116

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	6,00	5,00
PIS	0,64	0,36
COFINS	3,00	1,80

CONTRIBUIÇÕES E OUTROS	VALOR	PERCENTUAL
Geração de Energia	R\$ 28,71	22,76%
Transmissão	R\$ 0,10	0,12%
Distribuição (CELPE)	R\$ 19,90	22,82%
Perdas de Energia	R\$ 5,83	7,32%
Energias Solares	R\$ 4,42	5,31%
Tributos	R\$ 37,04	27,86%
Total	R\$ 83,37	100%

TAXAS APLICADAS

Carência Abaixo

RESERVAÇÃO AO FISCO  
3319 86C3 31AC CFEB (AOC) 4159 2545 5802

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo para não sofrer de corte de energia. A energia elétrica é um bem essencial para a vida e a CELPE tem o compromisso de garantir o fornecimento contínuo e regular da energia elétrica para todos os consumidores. O não pagamento da conta de energia elétrica pode resultar em corte de energia elétrica, o que pode causar danos materiais e pessoais. Portanto, é importante pagar a conta de energia elétrica no prazo estabelecido para evitar qualquer problema.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DATA DE VENCIMENTO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
28/12/19	171,90	28/12/19	171,90

Esta informação não substitui a emissão de débitos anteriores e não garante a ausência de débitos anteriores. Caso haja débitos anteriores, a CELPE poderá emitir débitos anteriores e a conta de energia elétrica poderá ser emitida com débitos anteriores. Portanto, é importante pagar a conta de energia elétrica no prazo estabelecido para evitar qualquer problema.

VARIAÇÃO E PRESUNÇÃO DAS INTERUPÇÕES

CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
CONSUMO	2,26	5,31	10,62	21,24
PRE	1,01	2,02	6,06	12,12
PRE	2,26	4,52	9,04	18,08

LIMITE OCORR 12,32 BUSE - Valor da Energia por Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 31,82

ÍNDICES DE TENSÃO

TENSÃO NORMAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231	





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: VICTOR BARBOSA HIGINO	PRONTUÁRIO: 1705884	ATENDIMENTO: 01529127
DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1998	FOI ATENDIDO EM: 22/12/2019 Às 21:43	
	DATA DA ALTA: 31/12/2019 ÀS 05:57	

#### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE OPN, LE FORT I, LANNELONGUE, SINFISE E CONDILO MANDIBULAR (D), SFZ(E).  
CID:S02.8  
NECESSITA DE 40 (QUARENTA) DIAS DE REPOUSO DOMICLIAR.

#### Tratamento Realizado:

BARRA DE ERICH INSTALADA DIA 23/12/2019;  
BMM DIA 29/12/2019;  
CONSERVADOR PARA AS DEMAIS FRATURA;

#### Observação:

DIETA LIQUIDA E PASTOSA;  
MANTER HIGIENE ORAL;  
FAZER USO DAS PEDICAÇÕES PROPOSTAS

#### Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 04/02/2020, ÀS 07:00 HORAS.  
TRAZER EXAMES;  
ACEITO ENCAIXEI

*Dr. Demóstenes Diniz*  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco - Maxilo-facial  
Residente JRR/UPE  
CRD-PE 13.314

DEMÓSTENES ALVES DINIZ - CRO: N°.13314

Recife, 31, DEZEMBRO ,2019

#### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho. Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: VICTOR BARBOSA HIGINO	PRONTUÁRIO: 1705884	ATENDIMENTO: 01529127
DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1998	FOI ATENDIDO EM: 22/12/2019 Às 21:43	
	DATA DA ALTA: 31/12/2019 ÀS 05:57	

#### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE OPN, LE FORT I, LANNELONGUE, SINFISE E CONDILO MANDIBULAR (D), SFZ(E).  
CID:S02.8  
NECESSITA DE 40 (QUARENTA) DIAS DE REPOUSO DOMICLIAR.

#### Tratamento Realizado:

BARRA DE ERICH INSTALADA DIA 23/12/2019;  
BMM DIA 29/12/2019;  
CONSERVADOR PARA AS DEMAIS FRATURA;

#### Observação:

DIETA LIQUIDA E PASTOSA;  
MANTER HIGIENE ORAL;  
FAZER USO DAS PEDICAÇÕES PROPOSTAS

#### Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 04/02/2020, ÀS 07:00 HORAS.  
TRAZER EXAMES;  
ACEITO ENCAIXEI

*Dr. Demóstenes Diniz*  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco - Maxilo-facial  
Residente JRR/UPE  
CRD-PE 13.314

DEMÓSTENES ALVES DINIZ - CRO: N°.13314

Recife, 31, DEZEMBRO ,2019

#### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho. Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

No. Ocorrência: 0080623

Prontuário: 00044659-9

Nome: VICTOR BARBOSA HIGINO

Idade: 21 ANOS, 10 MESES E 26 DIAS

Endereço: LOT JOSE FERNANDO LOBO, N° 157

Dt. Nasc.: 26/01/1998 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Cidade: LAGOA DO CARRO/PE

Bairro: CENTRO

CEP:

Documento:

CNS:

Nac:

Mãe: JOSEFA LEONCIO BARBOSA

Sis prenatal:

Tel.: (81) 9498-7239

Profissão:

Pai:

Responsável:

**Últimas Ocorrências**

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
22/12/2019 19:09	0080623	ACIDENTE DE MOTO

**PRE-CONSULTA**

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
	180x60			

**Queixas / Diagnóstico**

Paciente vítima de acidente de moto (com capacete), (moto-rato) chega vindo p síncope, apresenta escoriações e lesões corte contuso em face e aberturas em palato duro com perda dos dentes incisivos superiores centrais laterais e incisivo inferior.

**Tratamento**

1) Tranquil, 01FA + 100 - 2 SE. 0,9%  
(Suspendo).

**Exames complementares****Impressão diagnóstica**

CID

**Motivo da saída:**Residência ☐ Internado ☐**Justificativa:****Encaminhado:****Removido:****Óbito:**

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

**Data saída:****hora saída:**

Data da impressão: Domingo, 22 de Dezembro de 2019 às 20:09

Recepcionista: TATIANA KARLA

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		MÉDICO / CRM
		HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO







GOVERNO DE  
**CARPINA**  
A FORÇA DO TRABALHO

RECEITUÁRIO

PA: 180x60 - H<sub>8</sub>

P/Victor Barbosa Higina  
21 anos.

Paciente vítima de acidente  
de moto - moto (com capacete)  
refere dor intenso e febre.  
Apresenta escoriações e  
feridas cortocontusas em  
face e abertura e palato  
dura com perda dos dentes  
incisivos superiores centrais  
e laterais e incisivo lateral inferior.  
Negu vômito e síncope, mas  
apresenta desorientação,  
algu orientado com lesões  
cortocontusas MSD e MIB.  
Solicito senha para avaliação  
reum e leucomaxilas.  
Hospital - HR  
senha: 5843417

Av. Agamenon Magalhães, s/n, - São José - Carpina - PE / CEP 55.815-061

22/12/19



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: VICTOR BARBOSA HIGINO	PRONTUÁRIO: 1705884	ATENDIMENTO: 01529127
DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1998	FOI ATENDIDO EM: 22/12/2019 Às 21:43	
	DATA DA ALTA: 31/12/2019 ÀS 05:57	

**Diagnóstico Provável:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE OPN, LE FORT I, LANNELONGUE, SINFISE E CONDILO MANDIBULAR (D), SFZ(E).  
CID:S02.8  
NECESSITA DE 40 (QUARENTA) DIAS DE REPOUSO DOMICLIAR.

**Tratamento Realizado:**

BARRA DE ERICH INSTALADA DIA 23/12/2019;  
BMM DIA 29/12/2019;  
CONSERVADOR PARA AS DEMAIS FRATURA;

**Observação:**

DIETA LIQUIDA E PASTOSA;  
MANTER HIGIENE ORAL;  
FAZER USO DAS PEDICAÇÕES PROPOSTAS

**Encaminhado para:**

RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR. DIRCEU, TERÇA-FEIRA, DIA 04/02/2020, ÀS 07:00 HORAS.  
TRAZER EXAMES;  
ACEITO ENCAIXEI

*Dr. Demóstenes Diniz*  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco - Maxilo-facial  
Residente JRR/UPE  
CRD-PE 13.314

DEMÓSTENES ALVES DINIZ - CRO: N°.13314

Recife, 31, DEZEMBRO ,2019

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho. Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400









## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200189828 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICTOR BARBOSA HIGINO **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 02/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA MAXILA-( LE FORT I E LANNELONGUE)  
FRATURA DA MANDÍBULA (CÔNDILO À DIREITA)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- MAXILA E CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES(P.1)

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Documentos complementares:**

**Observações:** PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS- SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147674/20

**Vítima:** VICTOR BARBOSA HIGINO

**CPF:** 127.118.034-06

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VICTOR BARBOSA HIGINO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**VICTOR BARBOSA HIGINO : 127.118.034-06**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/05/2020  
Nome: VICTOR BARBOSA HIGINO  
CPF: 127.118.034-06

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

VICTOR BARBOSA HIGINO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147674/20

Número do Sinistro: 3200189828

Vítima: VICTOR BARBOSA HIGINO

CPF: 127.118.034-06

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VICTOR BARBOSA HIGINO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/05/2020  
Nome: VICTOR BARBOSA HIGINO  
CPF: 127.118.034-06

VICTOR BARBOSA HIGINO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2020  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200189828 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICTOR BARBOSA HIGINO **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA MAXILA-( LE FORT I E LANNELONGUE)  
FRATURA DA MANDÍBULA (CÔNDILO À DIREITA)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- MAXILA E CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES(P.1)

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS- SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

