



Número: **0000486-60.2020.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orobó**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.650,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                   |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------|--------------------|
| JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA (AUTOR)                |                    | EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                                 |                    |
| Documentos                                             |                    |                                                 |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                       | Tipo               |
| 74456928                                               | 02/02/2021 10:10   | <a href="#">ANEXO 1</a>                         | Outros (Documento) |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguredolider.com.br](http://www.seguredolider.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 4020-1598 (Região Metropolitana) 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 61 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 09. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661941

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 0000000000 - carta\_Cf - INVALIDEZ



Carta nº 3190661





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguredolider.com.br](http://www.seguredolider.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 4020-1598 (Região Metropolitana) 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 61 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661941

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

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. 0132601590 - canal\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 31213583





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguredolider.com.br](http://www.seguredolider.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 4020-1598 (Região Metropolitana) 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 61 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661941

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

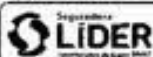
Estamos aqui para Você

Pag. 001/000000 - carta\_04 - INVALIDEZ

000000110

Carta nº 313405103





## PEDIDO DO SEGURO DPV

Atestados de pagamento

Qualificação (se) (tipo) do segurador: ☐ DAVS (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo da vítima: **JEFFERSON REMAN RIBEIRO BARBOSA**  
CPF: **70618495460**  
Registro de Informações Cadastrais e Renda Mensal da Pessoa Física (Vítima/Beneficiário) - Circular SUSEP Nº 445/2002  
Nome completo: **JEFFERSON REMAN RIBEIRO BARBOSA**  
CPF: **70618495460**  
Profissão: **AGRICULTOR**  
Endereço: **RUA ENÉIDE ALVARES GAIÃO**  
Número: **792**  
Complemento: **COHA13**  
Bairro: **COHAS**  
Cidade: **MACHADOS**  
Estado: **PE**  
CEP: **55740-000**  
E-mail: **eudejbarbo@bol.com.br**  
Telefone: **(81) 976764577**

Onde, para todos os efeitos de direito, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

RECEITA MENSAL:  
☒ RECEBIMENTO DE RENDAS ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POLÍCIA (para depósito de indenização, anexo cópia) ☐ CONTA CORRENTE (para depósito)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Itaú (043) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do Banco: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **9039** **7** CONTA: **77256** **7**  
(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autentico a Seguradora Líder a contar 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.

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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (justificar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo alegado, 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 não submeter a pericia médica de custo da Seguradora Líder, para verificação da extensão e quantificação dos danos, bem como documentos de natureza médica, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta declaração não significa dúvida ou controvérsia com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso dissenso do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não Se o último deixou descendentes, informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e procurarem esta companhia, estando ciente, antes, de que qualquer ônus ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Autor da Declaração: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**  
Local e Data: **Dois de maio de 2019**  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Autor da Declaração: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

**Jefferson Reman Ribeiro Barbosa**  
Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não diferenciado deverá assinar com pessoa afilhada, maior e capaz, para obter e assinar o presente formulário, A SEM RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, reconhecendo-se a validade do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS 001 V009/2018



Rede Mais Você

Via Cliente

DISTRIBUIÇÃO NISSA 0046

Pos: 73731001 LT: 253 Doc: 22 Doc: 173731

19-09-2019 11:43:23

---

COBAN: 073731 LBA: 0001 PDI: 000000

19-09-2019 BANCO DO BRASIL 11:43:23

201973101 CORRESPONDENTE BANCARIA AUSE

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CUSTÓDIA

EM DINHEIRO

---

CLIENTE: JOFFERSON R N BARBOSA

AGÊNCIA: 2030-7 CONTA: 17.256-1

---

VALOR DO DEPÓSITO 53

DATA 19-09-2019

NR. DOCUMENTO 20.297.373.100.053



Boletim de ocorrência



X

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ªCIRC  
DINTER1/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0215000366

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/09/2019 às 11:46

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)** que aconteceu no dia 28/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, R PRINCIPAL, PROX QUADRA** - Bairro: **CENTRO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)**  
**JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA**

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

**JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA RIBEIRO DONASCIMENTO BARBOZA** Pai: **JOSÉ MARIA BARBOSA** Data de Nascimento: **27/8/1993** Nacionalidade: **MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1077206/SS-PE (RG); 10618495466 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Fixos: **67324846**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 801, R IVOGAVALCANTE GUERRA - CEP: 0** - Bairro: **CONAR - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Possui de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA KMG9754 (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS NEX ESS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMG9754 (PERNAMBUCO)** Não Informado) Chassi: **3C2K80610AR010103**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

9/5/2019, 11:34 AM



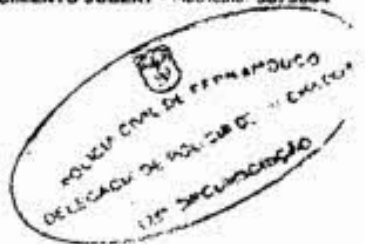
## Complemento / Observação

COMPARECEU A DP DE MACHADOS O SR JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA, INFORMANDO QUE NA DATA 28/06/2019 ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NA VIA PUBLICA SOFREU UMA QUEDA. O MESMO APRESENTOU FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL EDSON ALVARES, SENDO ATENDIDO PELO DR BARRETO CRM 28.381 E TRANSFERIDO NA MESMA DATA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. A VITIMA APRESENTOU RESUMO DE ALTA EMITIDO PELO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, REGISTRO 1089869 ENF 23 LEITO 02. DATA DE ENTRADA 28/06/2019 E DATA DE SAIDA 04/07/2019. DIAGNOSTICO: FRATURA FISIATRICA DE FIBULA ESQUERDA, MEDICA: MONICA MAGALHAES.

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

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: EDUARDO NASCIMENTO JUBERT - Matrícula: 3873684



Declaração de Insolvência de IM:



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

17

18

19

20

21

22

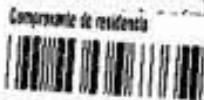


Nota Fiscal | Fatura | Conta de Energia Elétrica

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RIBEIRIA DO AMARILHO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 10.615.532/0001-06  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0902913-91



Térceira Social de Energia Elétrica - Lei 80.438, de 28/04/03  
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 118  
Atendimento aos deficientes: auxílios ou de fala: 0800 281 0142  
Quilômetro 0800 282 5689  
Compartilhamento de residência: 0800 727 0142  
de Telefones Fixos:  
0800 727 0142  
de Telefones Celulares:  
0800 727 0142



|                                                                                              |                                                |                                                                                                                                    |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br><b>SEVERINA RIBEIRO DO NASCIMENTO</b>                             | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>04/11/2019</b> | <b>DATA EMISSÃO FISCAL</b><br>28/10/2019<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>28/10/2019<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>082827585 | <b>DATA CONTRATO</b><br><b>1950696016</b><br><b>CLASSIFICAÇÃO</b><br>RESIDENCIAL<br>Monofásico<br>01 |
| <b>ENDEREÇO</b><br>RUA ENÉIDA ALVARES GAIAO -<br>COHAB/MACHADOS - 53740-000<br>MACHADOS PE - | <b>TOTAL A PAGAR</b><br><b>R\$ 183,48</b>      |                                                                                                                                    |                                                                                                      |

|                                                   |                       |
|---------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>PERÍODO CONSUMO</b><br>25/09/2019 a 28/10/2019 | <b>CONSUMO</b><br>192 |
|---------------------------------------------------|-----------------------|

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 40,24

|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b> | <b>VIA PARA PAGAMENTO</b> |
|------------------------------|---------------------------|

|                                     |                           |                                    |                                 |                                                                                                                  |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTA CONTRATO</b><br>1950696016 | <b>MÊS/ANO</b><br>10/2019 | <b>TOTAL A PAGAR</b><br>R\$ 183,48 | <b>VENCIMENTO</b><br>04/11/2019 | <b>TALÃO DE PAGAMENTO</b><br>Evite dobrar e perfurar ou<br>furar.<br>Este cartão será usado em<br>leitora ótica. |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

638900000013 834800110019 950696016102 143211553239



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais informações, acesse o site [www.sagi.seguros.com.br](http://www.sagi.seguros.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre todos os seguros e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4022-1696 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 04 | Central Ouidartes: 0800 022 91 35

Declaração de proprietário do veículo



EU, LEANDRO JOSÉ DA SILVA

RG nº 8505773, data de expedição      /      /     

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 09735370457

com domicílio na cidade de MACHADOS, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SÍTIO DESENGANO, nº SLN

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JEFFERSON NEMAN RIBEIRO BANBOSA, cujo o condutor era

JEFFERSON NEMAN RIBEIRO BANBOSA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA XR 150 GR05 Ano: 2010

Placa: KHG9754 Chassi: 9C9KJ0510AR0T0103

Data do Acidente: 28/06/2019

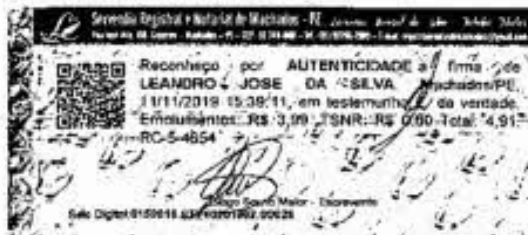
Local e Data: Ororó, PE, 08 de novembro 2019

Leandro José da Silva

Assinatura do Declarante

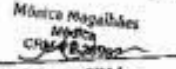
Assinatura do Condutor

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



Documentos médicos - Hospital



|                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| SES/PUSAM                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS</b>                                                                                                                                                                                          |  |
| INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL<br>SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PE                                                                                                                    |  |
| <b>ATESTADO MÉDICO</b>                                                                                                                                                                                                     |  |
| ATESTO que o segurado JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA<br>portador da Carteira Profissional nº _____ Série<br>_____ necessita de 15 (QUINZE) dias de afastamento do<br>trabalho, a partir desta data, por motivo de doença. |  |
| Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA                                                                                                                                                                         |  |
| Deverá comparecer ao ambulatório de: TRAUMA<br>Com 30 DIAS                                                                                                                                                                 |  |
| Recife, 04/07/19                                                                                                                                                                                                           |  |
| <br>Mônica Magalhães<br>CRM-PE 20000<br>Médico - CRM-                                                                                    |  |
| NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86<br>DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO<br>PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO             |  |



|                                                                                   |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>SES</b><br><b>HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS</b><br>End: Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### RESUMO DE ALTA

|                                       |         |           |
|---------------------------------------|---------|-----------|
| Nome: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA |         |           |
| Registro: 1089869                     | Enf: 23 | Leito: 02 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| DATA DE ENTRADA: 28/06/19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DATA DE SAÍDA: 04/07/19 |
| DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:<br>FRATURA DIAPISÁRIA DE FIBULA ESQUERDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |
| DIAGNÓSTICO FINAL:<br>O MESMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |
| EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):<br>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 28/06, SUBMETIDO A LIMPEZA CIRURGICA DE FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA, SEM COMUNICAÇÃO COM A FRATURA, EM 28/06. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA. PACIENTE PSIQUIÁTRICO SE NEGA A REALIZAR CIRURGIA E A FAMÍLIA TAMBÉM PREFERE TRATAMENTO CONSERVADOR. DISCUTIDO CASO COM DR HERMES WAGNER, QUE OPTOU POR TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA. RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA |                         |
| DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: TRAUMA<br>COM: 30 DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |
| Mônica Magalhães<br>MPS<br>Médico Responsável - CRM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |



**SES**  
**HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**  
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

|                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE                                                                                                                                                                                               |  | 1ª VIA FARMÁCIA<br>2ª VIA PACIENTE                                                                     |
| NOME COMPLETO:                                                                                                                                                                                                          |  | Técico Magalhães<br>Médico<br>CRM-PE 20992                                                             |
| PACIENTE: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA<br>ENDEREÇO:<br>PRESCRIÇÃO:<br>TYLEX 30MG ..... 02 CX<br>TOMAR 01 CP, VO, 6/8H, SE DOR INTENSA<br>CEFALEXINA 500 MG ..... 28 CP<br>TOMAR 01 CP VO 6/8H POR 7 DIAS<br>04/07/19 |  |                                                                                                        |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR                                                                                                                                                                                              |  | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR                                                                            |
| NOME: _____<br>IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____<br>END: _____<br>CIDADE: _____<br>FONE: _____ UF: _____                                                                                                             |  | Mônica Magalhães<br>Farmacêutica<br>CRM-PE 20992<br>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO<br>DATA: ____/____/____ |



**\*\*SES/FUSAM\*\***  
**HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**  
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PA0X 31828500

**MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS**

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:  
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA  
REGISTRO: 3089869  
ALTA HOSPITALAR EM: 04/07/19.  
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE TRAUMA EM: 30 DIAS  
MÉDICO:  
MOTIVO: ACOMPANHAMENTO  
RECIFE, 04/07/19  
Mônica Magalhães  
Médica  
Mônica Magalhães  
MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO  
VTEIO – CHEFE DO AMBULATÓRIO  
OBS:  
A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;  
B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;  
C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO





PREFEITURA MUNICIPAL  
DE MACHADOS  
13 Rua...  
Unidade...  
Machados, PA



## HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240  
Fone: 3649.1162

### FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 28/06/19 HORA: 09:25h REGISTRO: 22375

NOME: Jefferson Renato Ribeiro Barbosa

SEXO: M IDADE: 26 ESTADO CIVIL: S DATA NASC.: 23/07/93

ENDEREÇO: R. São Sebastião

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Jefferson Barbosa (pai)

QUEIXAS:

Síndrome de irritação da pele no  
to. apresentando sintomas de urticária e  
dores ao longo da pele.  
Ed. e prurido e dor ao coçar  
pede para analise

to. Vagando 1FA IN

PREFEITURA MUN. DE MACHADOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ATESTO A CÓPIA CONFERIR ORIGINAL  
Jefferson Barbosa  
Responsável pelo Atesto  
MACHADOS, PA 28/06/19

to. HOF 28/06/19 15:48h  
( ) INTERNAÇÃO (X) TRANSFERIDO ( ) OBSERVAÇÃO ( ) ÓBITO ( ) ALTA

### CÓDIGO PROCEDIMENTO

Jefferson Barbosa  
MÉDICO

Cláudia  
RECEPCIONISTA



## CENTRO DE DIAGNÓSTICO

# COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- ULTRASSONOGRAFIA

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- FISIOTERAPIA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

### LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA, RG Nº 8.977.200 SDS / PE e CPF 106.184.954-60, foi vítima de acidente de trânsito no dia 28/06/2019 sofrendo FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, submetido a tratamento conservador no Hospital Otávio de Freitas com aparelho gessado. Atualmente apresenta queixa de dor e edema no tornozelo esquerdo (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA) e limitação da dorso-flexão do pé esquerdo em grau acentuado e da flexão-plantar em grau moderado. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 18/09/2019

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedista  
CRM: 11.730

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
CRM: 11.730





Documento de Identificação





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661941 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO Data do acidente: 28/06/2019 Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS  
 BARBOSA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, SEM BLOQUEIO ARTICULAR, MARCHA LIVRE, SEM DEFICIT DE FORÇA.

**Resultados terapêuticos:** IMOBILIZAÇÃO CESSADA, REZ FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequelas

**Data do exame físico:** 13/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESERTO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |



**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: 3180661941  
Nome do(s) Examinado(s): Jefferson Rensin Ribeiro Barbosa  
Endereço do(s) Examinado(s): Rua Ernildo Alvares Galvão, S/N  
Cachoeira de Itaipava - RJ CEP: 27460-000  
Identificação—Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8977200  
Data [do] do acidente: [ 28/06/2019 ]  
Data [do] do exame: [ 13/12/2019 ] REC[PE] [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzida no acidente referido e comprovado:  
**FRATURA DIAFISÁRIA DE FIBULA ESQUERDA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data de alta.  
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FIZ FISIOTERAPIA  
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES.  
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico referido:  
**VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, SEM BLOQUEIO ARTICULAR, MARCHA LIVRE, SEM DEFICIT DE FORÇA**
- IV. Novo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
(X) Sim ( ) Não
- V. Existe sequela (estado deficitário irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
( ) Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (deficiência funcional permanente) resultantes do acidente:  
Como a resposta do item V seja "Não", anotar alínea apenas as opções no item VII "V". Caso a resposta seja "Sim", indicar o dano permanente no item VII "V".
- VII. Segundo o 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 quíntuplo correlacionando a melhor graduação a, em caso de danos parciais, a percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando e enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                       |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) "Vítima em tratamento"                            | (X) "Sem sequelas permanentes"                                                                                                                             |
| Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias | (Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresentar abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                             |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):                                                                  | Região Corporal (Sequela):                                                                  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):                                                                  | Região Corporal (Sequela):                                                                  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(s) Médico(s) Examinador(es)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Paula Neves  
CPF: 948.885.274-35  
CRM/PE: 17742

Assinatura do(s) Médico(s) Examinador(es)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Corretores de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419588/19

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

CPF: 106.184.954-60

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 28/06/2019

CPF do Próprio

Títular do CPF: JEFFERSON RENAN  
RIBEIRO BARBOSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
OUT  
Outros

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA ; 106.184.954-60

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.dpvatsegura.com.br](http://www.dpvatsegura.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 de apresentação: 27/11/2019  
Nome: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA  
CPF: 106.184.954-60

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019  
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana  
CPF: 102.105.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1406493656

Nota Fiscal | Fatura | Conta de Energia Elétrica

COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 06.833.512/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 025943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02  
CONSUMIDOR 118 | PROTEÇÃO 118  
Atendimento ao cliente gratuito ou de 0800 281 0642  
Ouvidoria 0800 282 5509  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Regulados  
do Estado de Pernambuco-AREPE: 0800 727 0167  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
em origem para telefones celulares

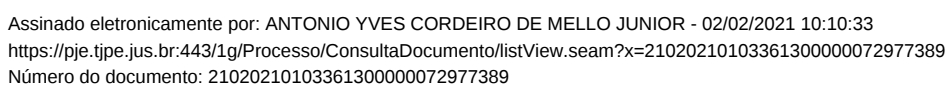
|                                                                                                          |                                                |                                                                                                                                            |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br><b>GREI JOSE DA SILVA</b>                                                     | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>11/09/2018</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>03/09/2018<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>03/09/2018<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>030223057 | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>2650551012</b><br><b>CLASSIFICAÇÃO</b><br>RESIDENCIAL<br>Monofásico<br>B1 |
| <b>ENDEREÇO</b><br>SI DESENHANDO 100 - ZONA RURAL<br>MACHADOS/MACHADOS RURAL<br>-53740-000 MACHADOS PE - | <b>TOTAL A PAGAR</b><br><b>R\$ 51,38</b>       |                                                                                                                                            |                                                                                                       |
| <b>PERÍODO CONSUMO</b><br>03/08/2018 a 03/09/2018                                                        | <b>CONSUMO</b><br>16                           |                                                                                                                                            |                                                                                                       |
| ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,09 Alíquota valor do Imposto R\$ 0,00                                       |                                                |                                                                                                                                            |                                                                                                       |
| <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>                                                                             |                                                | <b>VIA PARA PAGAMENTO</b>                                                                                                                  |                                                                                                       |

Detalhe aqui

|                                                     |                           |                                   |                                 |                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTA CONTRATO</b><br>2650551012                 | <b>MÊS/ANO</b><br>09/2018 | <b>TOTAL A PAGAR</b><br>R\$ 51,38 | <b>VENCIMENTO</b><br>11/09/2018 | <b>TALÃO DE PAGAMENTO</b><br>Evite dobrar e perfurar ou rasurar.<br>Este carnê será usado em leitora ótica. |
| 838700000001 513800110025 650551012107 129292752234 |                           |                                   |                                 | <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>                                                                                |



WILLIAM THE FIRST  
OF GREAT BRITAIN



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661941 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO Data do acidente: 28/06/2019 Seguradora: SINAP PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS  
 BARBOSA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** VITÍMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, SEM BLOQUEIO ARTICULAR, MARCHA LIVRE, SEM DÉFICIT DE FORÇA.

**Resultados terapêuticos:** IMOBILIZAÇÃO CESSADA, REZ FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequelas

**Data do exame físico:** 13/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESERTO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661941 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO Data do acidente: 28/06/2019 Seguradora: SINAPI PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS  
 BARBOSA

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

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAPISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.  
 FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento  
 faltante:

Apostamento do Laudo  
 do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das  
 sequelas:

Documentos  
 complementares:

Observações: @6 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
|                                              |                                              | Total                                                | 6,25 %    | R\$ 843,75            |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661941 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO Data do acidente: 28/06/2019 Seguradora: SINAPI PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS  
 BARBOSA

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

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAPISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.  
 FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento  
 faltante:

Apostamento do Laudo  
 do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das  
 sequelas:

Documentos  
 complementares:

Observações: @6 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um membro | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
|                                           |                                              | Total                                                | 6,25 %    | R\$ 843,75            |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419588/19

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

CPF: 106.184.954-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2019

Título do CPF: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA : 106.184.954-60

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: 27/11/2019  
Nome: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA  
CPF: 106.184.954-60

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019  
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana  
CPF: 102.108.247-99

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

