

---

**Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200403035**

**Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200403035**

**Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000049**

**Conta: 00000243589-5**

**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**

Estamos aqui para Você



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000243589-5

---

Nr. da Autenticação 462752771DB088CD

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320034/20

**Vítima:** LUIZ HENRIQUE DA SILVA

**CPF:** 115.850.944-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/06/2020

**Titular do CPF:** LUIZ HENRIQUE DA SILVA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

### LUIZ HENRIQUE DA SILVA : 115.850.944-80

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: 10/11/2020  
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO  
CPF: 094.568.984-58

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos

## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Luiz Henrique da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 9.483.727 expedido por SDS/PE em

31.01.2018 inscrito no CPF sob o nº 115.850.944.80 residente na

Rua Barra dos Coqueiros nº 36

complemento Casa Bairro Floresta de Baixo cidade

Recife Estado PE

2. Outorgado Evandro Carlos da Silva Nascimento

portador(a) do documento de identidade nº 7.963.603 expedido por SDS/PE em

24.05.2018 inscrito no CPF sob o nº 094.568.984.58 residente na

Rua Trinta e um nº 26

complemento Casa Bairro Prismallera cidade

Paudalho Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Recife 02 de Setembro de 2020

Outorgante Luiz Henrique da Silva

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO [WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR](http://WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR))

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200403035 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 10/06/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 16/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA / LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** IMAGEM P.5  
@ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG.7 DR. VICTOR CRISPIM CRM/PE 23144 DATA:28/08/2020.  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO  
EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320034/20

**Vítima:** LUIZ HENRIQUE DA SILVA

**CPF:** 115.850.944-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/06/2020

**Titular do CPF:** LUIZ HENRIQUE DA SILVA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

### LUIZ HENRIQUE DA SILVA : 115.850.944-80

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: 10/11/2020  
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO  
CPF: 094.568.984-58

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AL

Nº 012252065275

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAL 00340008687 B.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME LAERSON VITOR DOS SANTOS

CPF / CNPJ 8942372040 PLACA NMJ0457

PLACA ANT. / UF NMJ0457 AL CHASSI 9C2KC1660BR533046

ESPÉCIE / TIPO MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN EX 2011 2011

CAP. / POT. / CIL 2P / 149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
1º	PAGO EM	** / ** / ****	** / ** / **
2º	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	** / ** / **
3º		*****	** / ** / **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 286,75 IOF (R\$) 1,11 PRÊMIO TOTAL (R\$) 292,01 DATA DE PAGAMENTO 14/01/16

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
DOCUMENTO DE P.O.P. OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL S MIGUEL DOS CAMPOS AL DATA 13/01/2016  
1F3C ANTONIO CARLOS GOMES A595







SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: LUIZ HENRIQUE DA SILVA Prontuário: 1112251

Cirurgião: DR<sup>o</sup> GEORGE ROCHA 1<sup>o</sup> Auxiliar: DR<sup>o</sup> HERIVELTO ALEXANDRE

2<sup>o</sup> Auxiliar: -

Anestesista: DR<sup>o</sup> CECÍLIA Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 12/06/2020

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO E COM FIXAÇÃO EXTERNA

Operação Realizada: A MESMA

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. DDH SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSE - CAMPOS ESTÉREIS
3. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FERIMENTO ARTICULAR EM BORDA EXTERNA DO PÉ E TNZ COM SIO 99.
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. REALIZADO REDUÇÃO DIRETA COM BOM ALINHAMENTO DO TNZ
6. REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR COM FIXADOR TUBO-A-TUBO UTILIZADOS: 04 PINOS DE SCHANZ, 04 BARRAS, 04 CONECTORES BARRA-PINO, 04 CONECTORES BARRA-BARRA
7. REALIZADO SUTURA COM NYLON 2-0
8. CURATIVO

Dr. George Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15554-1/2007-11517

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
19/05/20	32 10	Paciente em EOR, comunitário, com de, comunitário, comunitário, com comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário
21/05/2020		Paciente de 60 anos, com grávida, de 60 anos, com por V.O., comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário
21/05/2020	20 40	Paciente em EOR, comunitário, com comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário
22/05/2020	11 30	Paciente em EOR, comunitário, com comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário
22/05/2020	20 30	Paciente em EOR, comunitário, com comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário comunitário, comunitário, comunitário



SES

## HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

### RESUMO DE ALTA

Nome: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Reg: 1112251

Enf: 30

Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 10/06/2020

DATA DE SAÍDA: 23/06/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO EM 11/06/2020. RECEBE ALTA PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

Dr Agneu Saraiva

Médico Residente

Ortopedia / Traumatologia

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia PEDIÁTRICA.

CRM PE 29572

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SES/FUSAM

## HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado LUIZ HENRIQUE DA SILVA portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ necessita de 60 (SESSENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL

CID 10: S826

Recife, 23/06/2020

Dr Agneu Saraiva

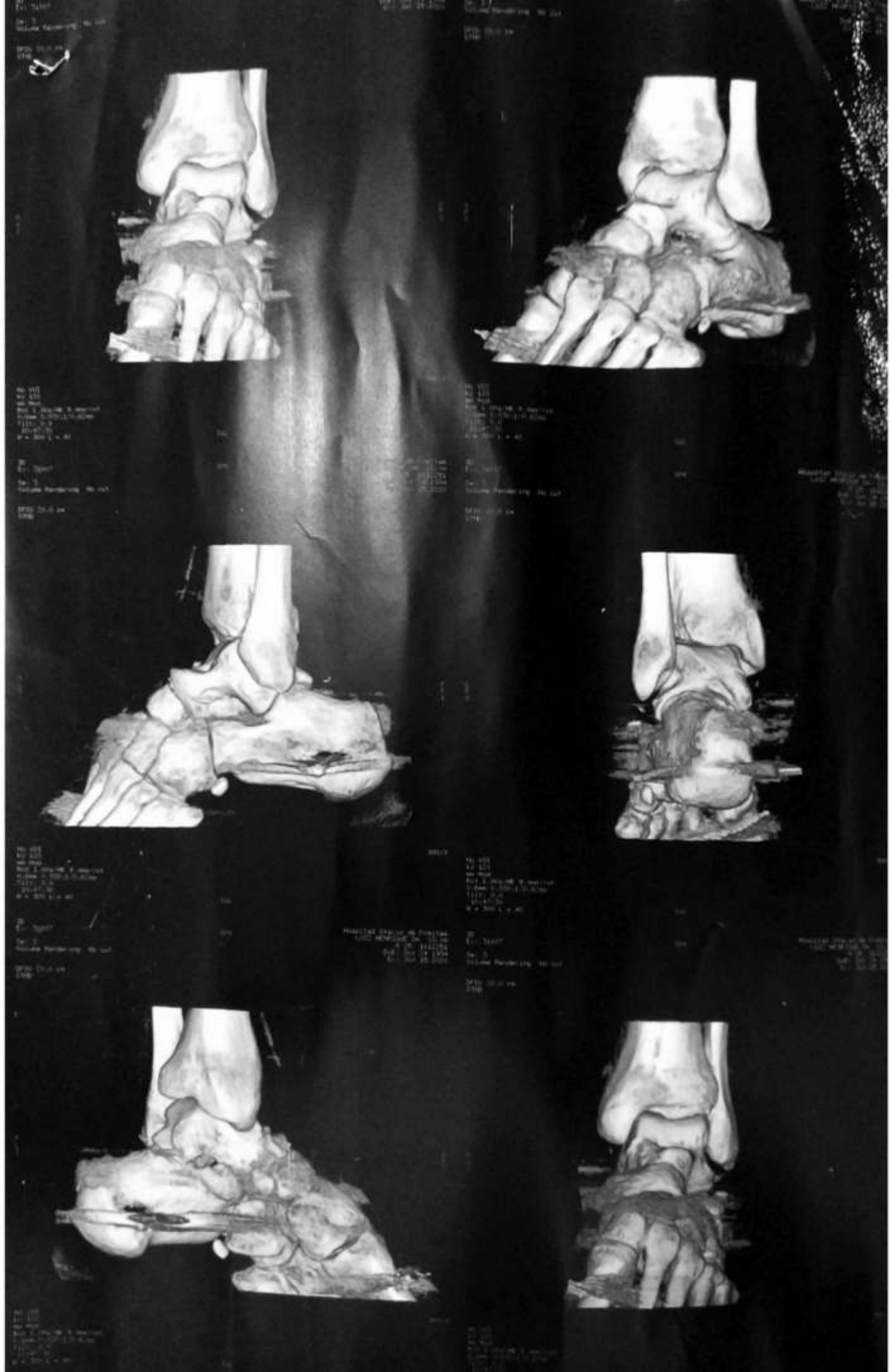
Médico Residente

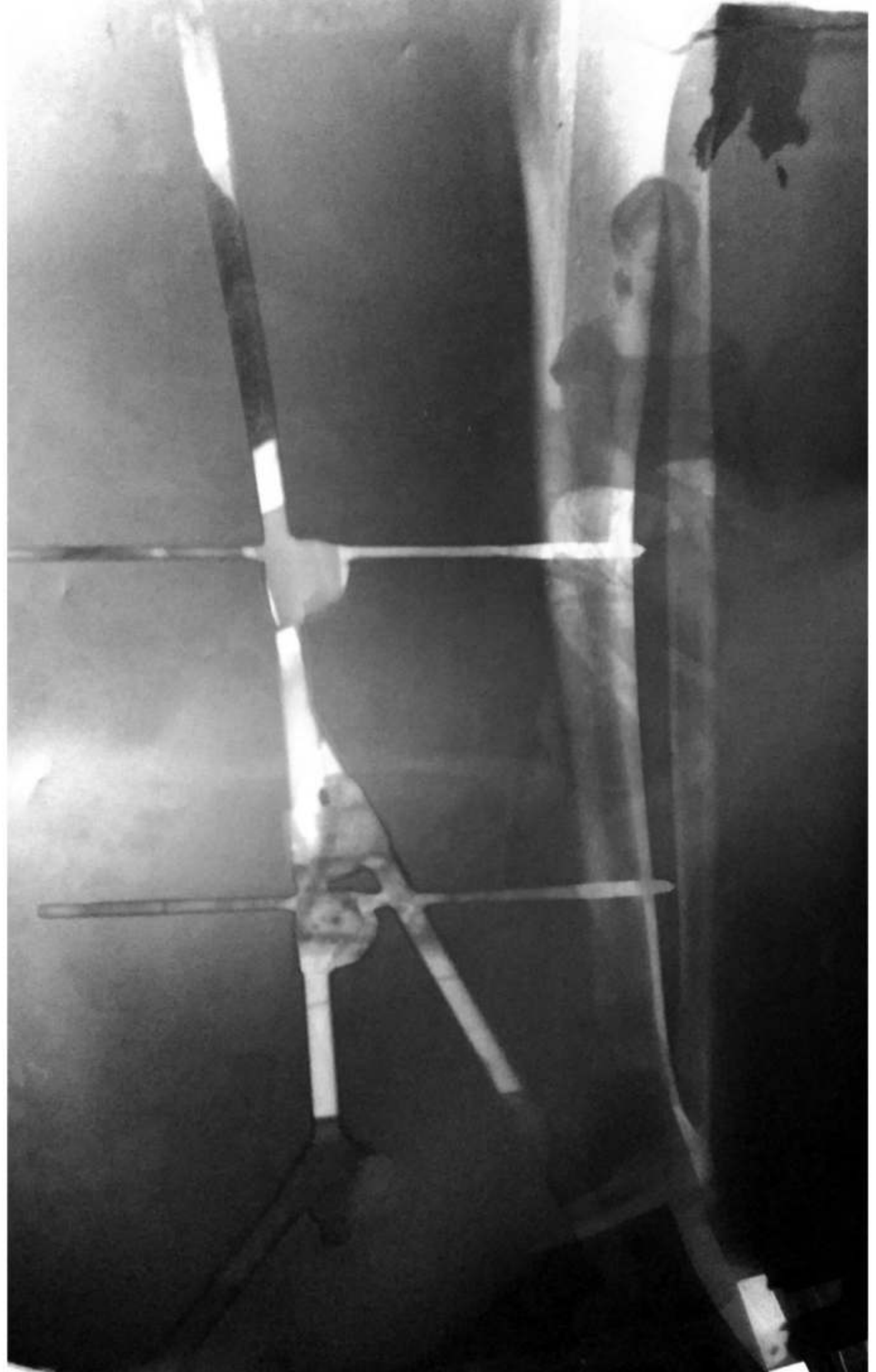
Ortopedia / Traumatologia

CRM PE 29572

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO







# RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 10/6/20	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 10/6/20
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Luiz Henrique do Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura Tornozelo E	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento Cirúrgico	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

## GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

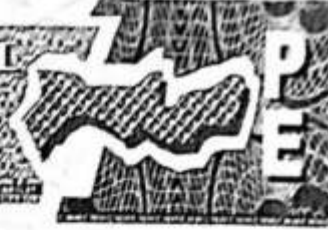
	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Perda de função completa Visto, predominantemente, devido ao trauma devido ao trauma interno e externo devido a fratura + 57: Cirúrgico
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 72 HORAS E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS	
Assinatura: <i>[Assinatura]</i>	DATA: 28/8/20
LOCAL: <i>[Assinatura]</i>	ASSINATURA E CARIMBO

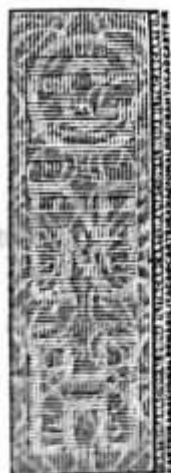
**Dr. Crispim**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23144



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



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1676416620



PROIBIDO PLASTIFICAR

1676416620

NOME  
**EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**7963603 SDS PE**

CPF  
**094.568.984-58**

DATA NASCIMENTO  
**26/12/1990**

FILIAÇÃO  
**JOSE CARLOS DO NASCIME  
NTO  
MARIA ODETE DA SILVA N  
ASCIMENTO**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**04918344208**

VALIDADE  
**24/05/2023**

1ª HABILITAÇÃO  
**12/04/2010**

OBSERVAÇÕES  
**EAR**

*Evandro Carlos da Silva Nascimento*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**CARPINA, PE**

DATA EMISSÃO  
**24/05/2018**

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**54213449766  
PE086093193**

**PERNAMBUCO**

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



NOME

LUIZ HENRIQUE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

9483727 SDS PE

CPF

115.850.944-80

DATA NASCIMENTO

24/10/1994

FILIAÇÃO

JOSE ALDO DA SILVA

MARIA ZULEIDE DA SILVA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

06473480741

VALIDADE

02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO

30/09/2015

OBSERVAÇÕES

EAR

LUIZ HENRIQUE DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

31/01/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

24658838148  
PE083197524

PERNAMBUCO

DE NATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1561188741

PROIBIDO PLASTIFICAR

1561188741



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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Evaristo Carlos da Silva Nascimento  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 094.568.984 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Luiz Henrique da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.850.944 80,  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Luiz Henrique da Silva  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.850.944 / 80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: autônomo Renda: X e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Trinta e um</u>	Número:	<u>26</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>Primavera</u>	Cidade:	<u>Paudalho</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>jo.assessoria@pe@gmail.com</u>			CEP:	<u>55825-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>81.99304.6299</u>

Local e Data: Recife 02 de Setembro 2020

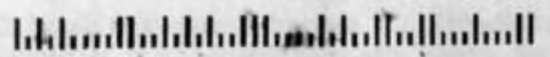
Evaristo Carlos da Silva Nascimento  
Assinatura do Declarante

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

☐ AUSENTE  
☐ FALLECIDO  
☐ RECUSADO  
☐ MUDOU-SE  
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO  
☐ DESCONHECIDO  
☐ OUTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

RUBRICA DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_



CTC RECIFE PE PL1  
 ALVERICE KAREN BATISTA DA SILVA  
 RUA BARRA DOS COQUEIROS CASA 36  
 IBURA DE BAIXO  
 51240-560 RECIFE - PE

00157789



7209036539572890000180407730230320  
 POSTAGEM: 23/03/2020 VENCIMENTO: 09/04/2020



**DE\$CONTO!**

ATENDIMENTO: RUA CAP PEDRO IVO - NUM. - 00053 - CENTRO PAUDA  
 LHO PE 55825-000

**DADOS DO CLIENTE**

MATRÍCULA: 17874942 Feb/2020

MARIA O. DA S. NASCIMENTO  
 R TRINTA E UM, N. 00026 - PRIMAVERA PAUDALHO PE 55825-000

INSCRIÇÃO: 106 160 095 0118 000 GRUPO: 11 DER AUTOMATICO: 017874942

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
CORTADO	POTENCIAL	1		
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A10B353176	04/02/2020	05/03/2020	MÉDIA HD	

**ÁGUA:**

LEIT ANT: 225 CONSUMO: 0  
 LEIT ATU: HD RETIRADO  
 LEIT FAT: 225

**HISTÓRICO DE CONSUMO**  
**REFERÊNCIA CONSUMO**

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	42	48	48
COR APARENTE	42	48	38
CLORO RESIDUAL	42	48	47
COLIF. TOTAIS	42	48	30
E. COLI	42	48	48

MÉDIA: 00

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO TOTAL (R\$)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 02/2020

0,26

13,22





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000792**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2020 às 10:44**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/6/2020 às 16:50**

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RIO XINGU, 1, PRÓXIMO A IGREJA MARG, RECIFE-PE - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)**

**LAERSON VITOR DOS SANTOS (OUTRO)**

**LUIZ HENRIQUE DA SILVA (VITIMA)**

**ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA (VITIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO**

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

**LUIZ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino**

**Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA Pai: JOSÉ ALDO DA SILVA Data de Nascimento: 24/10/1994 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Documentos: 9483727/SDS/PE (RG), 11585094480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)**

**Endereço Residencial: RUA BARRA DOS COQUEIROS, 36, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JORDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino**

**Mãe: EDNA BATISTA DE SENA Pai: JOSÉ ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 21/5/1992 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Documentos: 8548059/SDS/PE (RG), 09587095480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR**

**Endereço Residencial: RUA BARRA DOS COQUEIROS, 36, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JORDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido**

**Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LAERSON VITOR DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino**

**Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LAERSON VITOR DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NMJ0457 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Combustível: **GASOLINA**

**AUTOMÓVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVE/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

**Complemento / Observação**

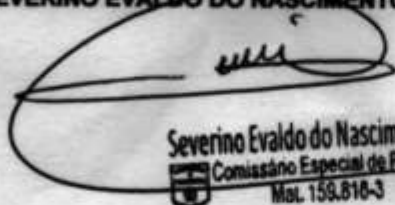
RELATA A VÍTIMA N° 1 QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA REFERIDA LOCALIDADE COM SUA ESPOSA NA GARUPA, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PASSOU PARA CONTRA MÃO AO TENTAR ULTRAPASSAR OUTRO VEÍCULO E ACABOU COLIDINDO DE FRENTE COM AS VÍTIMAS. DEVIDO O IMPÁCTO AS VÍTIMAS FORAM ARREMESSADAS AO SOLO E COM SÉRIAS LESÕES A VÍTIMA N° 2 ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GERTÚLIO VARGAS EM RECIFE-PE, ENQUANTO A VÍTIMA N° 1 O SENHOR LUIZ HENRIQUE DA SILVA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS TAMBÉM EM RECIFE-PE.

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

**LUIZ HENRIQUE DA SILVA**  
(VÍTIMA)

**ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 159.816-3

  
Severino Evaldo do Nascimento  
Comissário Especial de Polícia  
Mat. 159.816-3



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 115.850.944.80 3 - CPF da vítima: 115.850.944.80 4 - Nome completo da vítima: Luiz Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo: Luiz Henrique da Silva 6 - CPF: 115.850.944.80  
 7 - Profissão: auto-nome 8 - Endereço: rua Barra dos Coqueiros 9 - Número: 36 10 - Complemento: casa  
 11 - Bairro: Ilhabela de São Paulo 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51240-560  
 15 - E-mail: js.assessoria@pe@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81.99304.6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRAS (Somente para as bancas abaixo. Anote uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0049 ☐ CONTA: 243589 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Luiz Henrique da Silva  
 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: ☐ DANI (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 115.850.944.80 3 - CPF da vítima: 115.850.944.80 4 - Nome completo da vítima: Luiz Henriane da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo: Luiz Henriane da Silva 6 - CPF: 115.850.944.80  
7 - Profissão: auto-nome 8 - Endereço: rua Barra dos Coarinos 9 - Número: 36 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Barra de São João 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51240-560  
15 - E-mail: assessoria@fre@gmail.com 16 - Tel (DDD): 81.99304.6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0049 ☐ CONTA: 243589 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Luiz Henriane da Silva 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**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: 3200403035

Nome do(a) Examinado(a): LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Barra dos Coqueiros, 36, , Recife/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDS / 9483727

Data e local do acidente: 10/06/2020 - Recife/PE

Data e local do exame: 23/11/2020 - Arcoverde/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.42298 , longitude: -37.05496

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura/ luxação exposta de tornozelo esquerdo

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

Tratamento cirúrgico com limpeza mecânico/ cirúrgica e fixador externo trans articular

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo esquerdo.

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

Sim

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

Não

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

Limitação em flexão/ extensão do segmento do tornozelo esquerdo

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

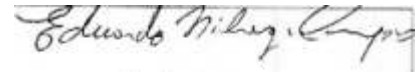
(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Tornozelo Esquerdo - Médio - 50%

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

Apresenta rigidez articular moderada associado a limitação média da dorso flexão e da flexão plantar em tornozelo esquerdo



Eduardo Nobrega Campos  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8705 / CRM-PE 23308