

---

**Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200404262**

**Vítima: JOSE GUIMARAES MALTA NETTO**

**Data do Acidente: 17/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE GUIMARAES MALTA NETTO**

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, 06 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200404262**

**Vítima: JOSE GUIMARAES MALTA NETTO**

**Data do Acidente: 17/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE GUIMARAES MALTA NETTO**

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

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOSE GUIMARAES MALTA NETTO**

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

Banco: **237**

Agência: **000006036-4**

Conta: **0000012791-4**

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



---

**Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200404262**

**Vítima: JOSE GUIMARAES MALTA NETTO**

**Data do Acidente: 17/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE GUIMARAES MALTA NETTO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/02/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404262

**Cidade:** Águas Belas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

**Data do acidente:** 17/07/2019

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Tce.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha anormal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, humor anormal, afeto anormal, discurso confuso, sinais de alucinações, pensamento lento, dano cognitivo-comportamental alienante. Periciado com discurso pouco eloquente, com desorientação no tempo e no espaço, com fuga das ideias em uso de medicamentos controlados pois desenvolveu epilepsia pós o trauma.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador. Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Debilidade funcional leve do SNC.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor - após avaliação dos documentos e da perícia realizada optado por manter parcialmente a valoração deferida pelo examinador, uma vez que não há sequelas funcionais e ou anatômicas que justifiquem a valoração apurada pelo 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 115.752.254-84 4 - Nome completo da vítima: JOSE GUIMARAES MALTA NETO

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

5 - Nome completo: JOSE GUIMARAES MALTA NETO 6 - CPF: 115.752.254-84  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: AV SNT LUZIA 9 - Número: 31 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: AGUAS BELAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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:  
 RECLUSO 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 (301)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 6036 4 CONTA: 12791 4 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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.  
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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  VIVO 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprimido digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, AGUAS BELAS-PE, 11-11-2020  
*Jose Guimaraes Malta Neto*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)  
OMPREV  
CORP. REV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
11 NOV 2020  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 137ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUAS BELAS - DP137ºCIRC  
DINTER1/18ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0227001002**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/10/2020** às **14:57**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **17/7/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **CENTRO, 1, RUA DO SOL - Bairro: CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55340000 - Ponto de Referência: HOTEL SERTAO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
MEJE LIMA SILVA ( OUTRO )  
LISBELE DA ROCHA MEDEIROS ( TESTEMUNHA )  
JOSE GUIMARAES MALTA NETO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE GUIMARAES MALTA NETO**



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

**JOSE GUIMARAES MALTA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LISBELE DA ROCHA MEDEIROS Pai: MELCHEZEDECK DE GUEIROS MALTA NETO Data de Nascimento: 30/4/2003 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9750637/SDS/PE (RG), 11575225484 (CPF) Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 87988387802**

**MEJE LIMA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**LISBELE DA ROCHA MEDEIROS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: LIDIA UMBELINA DA ROCHA MEDEIROS Pai: LENELSON DE MEDEIROS GAMA Data de Nascimento: 19/2/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6277469/SDS/PE (RG), 04051663469 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º, GRAU COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A) Telefones Celulares: - 8799485595**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE AGUAS BELAS, 31, 2 TV SANTA LUZIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

**MOTOCICLETA HONDA POP 110I (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MEJE LIMA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE GUIMARAES MALTA NETO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PDF0842** (PERNAMBUCO/ITAIBA) Renavam: **1105945453** Chassi: **9C2JB0100HR508458**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU LISBELE DA ROCHA MEDEIROS NESTA DELEGACIA ACOMPANHANDO SEU FILHO MENOR DE IDADE JOSÉ GUIMARÃES MALTA NETO, PARA INFORMAR QUE NO DIA 17/07/2019, ESTE SOFREU UM ACIDENTE NA CONDUÇÃO DE UMA MOTOCICLETA NA RUA DO SOL, CENTRO DE ÁGUAS BELAS. O MENOR COLIDIU COM OUTRO VEÍCULO, FOI ARREMESSADO AO CHÃO, O QUE LHE OCASIONOU TRAUMATISMO CRANIANO LEVE E FRATURA NO CALCANHAR DIREITO. DEVIDO AOS FERIMENTOS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL LOCAL DR. JOÃO SECUNDINO, LOGO EM EMSEGUIDA ENCAMINHADO AO HOSPITAL MONTE SINAI EM GARANHUNS-PE PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MAIS COMPLEXOS. QUESTIONADA, A MÃE DO MENOR INFORMA QUE NÃO LHE CEDEU A MOTOCICLETA, TAMPOUCO LHE AUTORIZA A CONDUZÍ-LA.

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

JOSE GUIMARAES MALTA NETO *X José Guimarães Malta Netto*  
(VITIMA)

LISBELE DA ROCHA MEDEIROS *X Lisbelle da Rocha Medeiros*  
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **PEDRO RICARDO TRAJANO DE ARAÚJO** - Matrícula: **387713-2**  
(Liberado em **28/10/2020 às 15:42**)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 115.752.254-84 4 - Nome completo da vítima: JOSE GUIMARAES MALTA NETO

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

5 - Nome completo: JOSE GUIMARAES MALTA NETO 6 - CPF: 115.752.254-84  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: AV SNT LUZIA 9 - Número: 31 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: AGUAS BELAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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:  
 RECLUSO 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 (301)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 6036 4 CONTA: 12791 4 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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.  
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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIV)  Divorciado  Separado judicialmente  VIVO 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprimido digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, AGUAS BELAS-PE, 11-11-2020  
*Jose Guimaraes Malta Neto*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)  
OMPREV  
CORP. REV. VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
11 NOV 2020  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr (a) Jose Guimarães  
Malta Neto, portador do CPF Nº 11.575.225.484  
 e RG Nº 97.50637, que consta nos registros de ocorrências do SAMU ÁGUAS  
 BELAS-PE, onde foi atendido pelos os mesmo e gerado um ID da REGULAÇÃO Nº 0378 e ID  
 da BASE Nº 010719, no dia 17 de Julho de 2019, às 16:10 hs,  
 no endereço Rua: Sen: Jose Mariano,  
 sendo vitima de Colisão travas x moto.

\_\_\_\_\_, tendo sido enviada  
 a USB Águas Belas, que prestou atendimento a vitima no local, transportando-a para o Hospital  
Monte Sinai.

De acordo com o registro de informações do SAMU Águas Belas, foram realizados no  
 (a) paciente os seguintes procedimentos: Protocolo de Trauma  
e controle de sinais vitais.

TÉCNICA DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

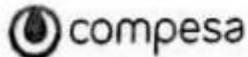
Claudiano Cordeiro da Silva  
 Claudiano Cordeiro  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-PE 55377

Águas Belas -PE, 05 de Novembro de 2020.

Jane Tayse Alves do Nascimento  
 Jane Tayse Alves do Nascimento  
 Coren-PE 428132-ENF

Jane Tayse Alves do Nascimento Juliano  
 Coordenadora do SAMU Águas Belas-PE

OMPREV  
 OMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 11 NOV 2020  
 PROTOCOLO  
 AGÊNCIA RECIFE



CNPJ 09.769.035/0001-64  
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA STA LUZIA - FARR. - 00033 - CENTRO AGUAS BELA  
 PE 55340-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 698169		DATA: 09/2020													
LIGACAO HIDRÔMETROS DA RUA RUA STA LUZIA, N. 00033 - CENTRO AGUAS BELAS PE 55340-000																	
INDICACAO: 405, 8, 0, 000, 4519, 801 GRUPO: 3 DER. AUTOMATICO: 0000292509																	
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA													
HIDRÔMETRO VERIVEL258	DATA LEIT. ANTERIOR 24/09/2020	DATA LEIT. ATUAL 24/10/2020	TIPO DE CONSUMO (UBI) REAL - 1														
<b>AGUA:</b> LEIT ANT: 288    CONSUMO: 9 LEIT ATU: 297 LEIT FAT: 297																	
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO E EFETIVIDADE CONSUMO</b>																	
		PERÍODO DE ANÁLISE															
PARÂMETROS		EXIG. MS	PORT. 914/11	ANÁLISE REALIZ.	A ENDE A LEGIS												
04/2020	08																
08/2020	01	TURBIDEZ	38	25	35												
07/2020	05	COR APARENTE	38	25	8												
06/2020	30	CLORO RESIDUAL	38	25	25												
05/2020	04	COLIF. TOTAIS	38	25	25												
04/2020	04		38	25	25												
MÉDIA: 05		Qualidade de Água: www.compesa.com.br															
OBS.: CIRCULATÓRIOS TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS ANÁLISES EXAMINADAS 2020 PARA PARÂMETROS COPÉLONIS TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL 55% INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA 100% PARA PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA																	
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)														
ÁGUA																	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																	
CONSUMO DE ÁGUA		9 M3	44,38														
MULTA P/ IMPUNTUALIDADE 09/2020			0,93														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IMPOSTO</td> <td>44,08</td> <td>1,65</td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>44,08</td> <td>7,60</td> <td>3,35</td> </tr> </tbody> </table>						TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	IMPOSTO	44,08	1,65	0,73	TOTAL	44,08	7,60	3,35
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO														
IMPOSTO	44,08	1,65	0,73														
TOTAL	44,08	7,60	3,35														

VENCIMENTO: 05/11/2020    TOTAL A PAGAR: 44,98

RETAGAR:

**COMPREV**  
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 11 NOV 2020  
**PROTOCOLO**  
 AGÊNCIA RECIFE



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
AGUAS BELAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE  
HOSPITAL DR. JOÃO  
SECURDINO DE SOUZA



**FICHA DE EMERGÊNCIA** Entrada: 17/07/2014 Hr: 16:30

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

Nome: JOSÉ AQUIMANÃES M. NETO Idade: 16

CNS: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: 30/04/2003 Sexo: F ( ) M (X) Cor: \_\_\_\_\_

Filiação: Bisbelle da R. Jardimos

Endereço: AV: PEI Alameda Duanda, 133

Trazido por: Pai

Endereço: \_\_\_\_\_

PA: 130x90 T: \_\_\_ ° P: \_\_\_ R: \_\_\_ SAT: \_\_\_ % Peso: \_\_\_ Kg HGT: \_\_\_ mg/dl

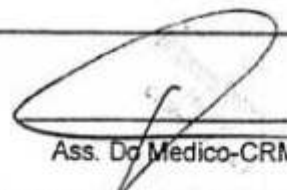
Queixa Principal: \_\_\_\_\_

415 An. Diante de 16 anos, relata  
colica de modo em crises, batendo a  
cabeca com o cotovelo, irritabilidade

H. Diagnostica: Leve de modo, crises recorrentes  
convulsivas, irritabilidade, diarreia

Prescrição Medica: Paracetamol e Sulfato de Magnésio  
Apesar de ser, Dantroleno, glicose B

Saida: \_\_\_ / \_\_\_ /20 \_\_\_ Hr: \_\_\_

  
Ass. Do Médico-CRM

ORPREV  
PREVIDENCIA SIA  
11 NOV 2014  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE



FOLHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Registro: 0557916
Leito: 107
Convênio: 174/02 UNIMED CARUARU/ENFERMAGIA

Nome: JOSE GUIMARAES MALTA NETO
Prontuário: 000034495
Clínica: CLINICA MEDICA

Endereço: RUA CORONEL ALFREDO DUARTE
Bairro: CENTRO
Telefone: 9737755173
Profissão: ESTUDANTE
Est. Civil: Solteiro

Cidade: AGUAS BELAS
Natural de:
Sexo: Masculino
Conjuge:

Número: 133
Estado: PE CEP: 55340000
Nascimento: 30/04/2003 16 anos

Admissão: 17/07/2019 18:08 h
Médico: 005004 MATEUS DE PAULA ALBUQUERQUE
Observação:

PRESSÃO ARTERIAL: MX MN PULSO BPM TEMPERATURA

QUEIXA PRINCIPAL: Polipneia

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:
Presença de...
do aparelho...
Tempo...
de...
Directo

EXAME FÍSICO

-> TCF: leve
Glom 19
-> Sinal...
-> Sinal...
D.D.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Polipneia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Polipneia

TRATAMENTO: Inib

Assinatura do Médico - CRM
Dr. Mateus de Paula Albuquerque
Cirurgia Geral
CRM 16454

PROTÓTIPO
RECÍPIENTE DA CIA
11 NOV 2019
PROTOCOLO
RECÍPIENTE

NOME: JOSÉ GUIMARÃES MALFA NETO CATEGORIA: UNIMED

ENFERMAGEM: LEITO: 107 REGISTRO Nº: 557986

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
17/7/79		<p>ang. sup</p> <p>de quebra do mola</p> <p>+ trauma geral</p> <p>+ trauma de D</p> <p>CD - Intensa</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Mateus de Paula Albuquerque Cirurgião Geral / Proctologia CRM 16454</p>
18/7/79		<p>alt. h</p> <p>16:30</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Mateus de Paula Albuquerque Cirurgião Geral CRM 16454</p>
		<p>PROTOCOLO</p> <p>AGÊNCIA RECIFE</p>



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Jose Guimaraes Ralle Neto CATEGORIA: Urinário - Gen.

ENFERMARIAPTO: \_\_\_\_\_ LEITO: 407 REGISTRO Nº: 557956

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA MEDICAÇÃO
		<u>7 Dias</u>	
<u>12/12/13</u>		<u>3 SA lactato - 2500 ml N 24</u>	<u>SND 4:30</u>
		<u>3 Aceclo - 0,7g 7x 72/72</u>	<u>1x 08</u>
		<u>10 Deleonea - 8g 4x 72/72</u>	<u>1x 08</u>
		<u>3 Paracet - 900mg 4x 72/72</u>	<u>1x 08</u>
		<u>5 Clonazepam 4mg 1x 24/24</u>	<u>06</u>
		<u>3 D. Amox 200 + 400 N 6x 6</u>	<u>08:05</u>
		<u>8 C. Amox 250/125</u>	<u>06</u>
		<u>9 SSV de 100mg</u>	<u>Prina.</u>

*[Handwritten signature]*  
Médico Especialista em Urologia  
Cirurgia Geral / Proctologia  
CRM: 10551

18 NOV 2020



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE

17/17/19

DATA DO EXAME

17/17/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA

João Guimarães Malta Neto

LESÃO RESULTANTE DO ACIDENTE

Fratura de Perna D

TIPO DE LESÃO (TOTAL OU PARCIAL) - RESULTADO DE EXAME

Conservador

ALTA MÉDICA

SIM  NÃO

EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? (SIM)  (NÃO)

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO

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

Perda de função membro com edema (++) com consolidação vítrea prudente com rigidez articular completa do membro 75% grave

SE O MÉDICO QUE ASSISTIU E/OU AVALIOU A VÍTIMA NO PERÍODO DE

Dezembro

12 meses e que as respostas acima são do período de observação

Assinado  
A. Almeida

25/12/20

LOCAL

DATA

Victor Crispim  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 23144

PREVIDÊNCIA SIA E CARÍSSO

COMPR. SIA E PREVIDÊNCIA SIA

25 JAN 2021

F. PROCOLO  
ADMISSÃO RECIFE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 9.750.637      DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/06/2013

NOME: << JOSÉ GUIMARÃES MALTA NETTO >>

FILIAÇÃO: << MELCHEZEDECK DE GUEIROS MALTA NETO >>  
<< LISBELE DA ROCHA MEDEIROS >>

NACIONALIDADE: GARANHUNS - PE      DATA DE NASCIMENTO: 30/04/2003

LOCAL DE ORIGEM: << CN. 55062 L. 97 F. 134 CART. ÁGUAS BELAS-PE 28.05.2003 >>

CPF: 115.752.254-84

ASSINATURA DO TITULAR: *José Guimarães Malta Netto*

LEI Nº 116 DE 2008/83

F-55 44.710 - 3002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES RURAIS

03R11




José Guimarães Malta Netto

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**OMPREV**  
COMPANHIA DE SEGUROS DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

11 NOV 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE Nº 013224370229  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 Nº 1 1105945453 4444444444 2017

REGISTRO LINDA SILVA

ITAJUBÁ-PE

010.925.094-02

992JTB01008MS08458

PAS /MOTOCICLETA

2015 2017

BOBINA/POP 110I

PARTEC

PREZA

IPVA 2017 QUITADO

SEGURO FIANÇA

SEGURO RESERVA

ITAJUBÁ

15/04/17

*Assinatura*  
 Antônio Anderson Sousa Ribeiro  
 Diretor Presidente DENATRAN/PE

PE Nº 013224370229 SELHETE DE SEGURO DPVAT  
 REGISTRO LINDA SILVA

CASA ITAJUBÁ-PE

56550-000

NOTE E O SEU FIANTE NO SEGURO DPVAT  
 PARA FIANÇA SUCROALCOOLICA, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
 www.segurosucroalcool.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1504

010.925.094-02 EDP0842  
 2017 15/04/17

BOBINA/POP 110I  
 1105945453 992JTB01008MS08458

PREMIO 74 R\$/MÊS

SEGURO FIANÇA

SEGUROSELA LIDER - DPVAT

VERIFIQUE E GARANTO O SEU SEGURO DPVAT  
 NESTA FIANÇA E EM PORTAL GARANTIDORIO.



OMPREV VILA E PREVIDÊNCIA S/A

11 NOV 2020

PROTOCOLO  
 AGÊNCIA RECIFE

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: 3200404262

Nome do(a) Examinado(a): JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

Endereço do(a) Examinado(a): Av Snt Luzia, 31, , Águas Belas/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 000000000

Data e local do acidente: 17/07/2019 - Águas Belas/PE

Data e local do exame: 27/11/2020 - Arcoverde/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.42384 , longitude: -37.05496

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Tce

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

Tratamento conservador

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofas, ausência de assimetrias, marcha anormal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, humor anormal, afeto anormal, discurso confuso, sinais de alucinações, pensamento lento, dano cognitivo-comportamental alienante.

IV. Nexo 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)

Sim

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

Periciado com discurso pouco eloquente, com desorientação no tempo e no espaço ,com fulga das ideias em uso de medicamentos controlados pois desenvolveu epilepsia posso o trauma

**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"

() "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.

Dano cognitivo-comportamental alienante - Intenso - 75%

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



Dr<sup>a</sup> Rossane C. Sobral  
Médica  
CREMEPE 20342

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404262

**Cidade:** Águas Belas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

**Data do acidente:** 17/07/2019

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Tce.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha anormal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, humor anormal, afeto anormal, discurso confuso, sinais de alucinações, pensamento lento, dano cognitivo-comportamental alienante. Periciado com discurso pouco eloquente, com desorientação no tempo e no espaço, com fuga das ideias em uso de medicamentos controlados pois desenvolveu epilepsia posso o trauma.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador. Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Debilidade funcional leve do SNC.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor - após avaliação dos documentos e da perícia realizada optado por manter parcialmente a valoração deferida pelo examinador, uma vez que não ha sequelas funcionais e ou anatômicas que justifiquem a valoração apurada pelo 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404262 **Cidade:** Águas Belas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 23/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Traumatismo cranioencefalico.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador. Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, ausência de assimetrias, marcha anormal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, humor anormal, afeto anormal, discurso confuso, sinais de alucinações, pensamento lento, dano cognitivo-comportamental alienante.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** Dano cognitivo-comportamental alienante: leve 25%

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA DE 27/11/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

NÃO HÁ NA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DA DATA DO ACIDENTE DESCRIÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

**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:** 3200404262

**Cidade:** Águas Belas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

**Data do acidente:** 17/07/2019

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 23/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA FACIAL.PG 3.  
TRAUMA PÉ DIREITO.PG 3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404262

**Cidade:** Águas Belas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

**Data do acidente:** 17/07/2019

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 23/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA FACIAL.PG 3.  
TRAUMA PÉ DIREITO.PG 3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404262

**Cidade:** Águas Belas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

**Data do acidente:** 17/07/2019

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 22/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Tce.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador. Alta médica.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** Nota do revisor - após avaliação dos documentos e da perícia realizada optado por manter parcialmente a valoração deferida pelo examinador, uma vez que não ha sequelas funcionais e ou anatômicas que justifiquem a valoração apurada pelo 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321033/20

**Vítima:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

**CPF:** 115.752.254-84

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 17/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOSE GUIMARAES MALTA NETTO : 115.752.254-84**

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: 11/11/2020  
Nome: JOSE GUIMARAES MALTA NETTO  
CPF: 115.752.254-84

JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2020  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321033/20

**Número do Sinistro:** 3200404262

**Vítima:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

**CPF:** 115.752.254-84

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 17/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/01/2021  
Nome: JOSE GUIMARAES MALTA NETTO  
CPF: 115.752.254-84

JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2021  
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva  
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva