



Número: **0131232-69.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GUIMARAES MALTA NETTO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97634367	27/01/2022 11:35	<a href="#">ANEXO 3</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01219(01220 - carta\_02 - INVALIDEZ

00020610



Carta nº 16335470





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

**Rio de Janeiro, 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 curse 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

Pag. 01507/01508 - carta\_15R - INVALIDEZ





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

---

Rio de Janeiro, 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

Pag: 01493/01494 - carta\_09 - INVALIDEZ

00020747



Carta nº 16600240



# BANCO BRADESCO S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06036-4

CONTA: 000000012791-4

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0312202005000000000023706036000000012791337500 PAGO



## 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.

**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 curse 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:  OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **115.752.254-04** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE GUIMARAES MALTA NETO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 418/2012

5 - Nome completo: **JOSE GUIMARAES MALTA NETO** 6 - CPF: **115.752.254-04**  
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: \_\_\_\_\_

Declare, 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\$1.000,00 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 abertos. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
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)  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 marido/esposa?  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 - Espaço para impressão 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*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)  
**COMPREV**  
COMPREV 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 - DP137ªCIRC  
DINTER1/18ªDESEC

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 - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **17/7/2019**  
às **16:00**

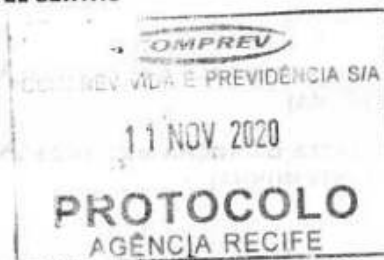
Fato ocorrido no endereço: **CENTRO, 1, RUA DO SOL** - Bairro: **CENTRO** - AGUAS  
**BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55340000** - Ponto de Referência: **HOTEL SERTAO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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:  
- **87988367802**

**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: **3ª.**  
**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 OCACIONOU 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** *Jose Guimaraes Malta Netto*  
(VITIMA)

**LISBELE DA ROCHA MEDEIROS** *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:  OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **115.752.254-04** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE GUIMARAES MALTA NETO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FICHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 418/2012

5 - Nome completo: **JOSE GUIMARAES MALTA NETO** 6 - CPF: **115.752.254-04**  
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 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: \_\_\_\_\_

Declare, 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\$1.000,00 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 abertos. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
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.

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.

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 marido/esposa?  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 - Imprimula digital da vítima ou beneficiário não afetado: \_\_\_\_\_  
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: **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)

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





### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr (a) Jose Guimaraes  
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 019719, no dia 17 de Julho de 2019, às 16:10 hs,  
 no endereço Rua: Sen: Josef Mariano,  
 sendo vitima de Colisão Parva 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.

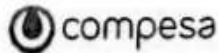
TÉCNICA DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:  
Claudia Cordeiro da Silva

Claudia Cordeiro  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-PE 55337

Águas Belas -PE, 05 de Novembro de 2020.

Jane Tayse Alves do Nascimento Juliano  
 Coren-PE 426132-EMF  
 Jane Tayse Alves do Nascimento Juliano  
 Coordenadora do SAMU Águas Belas-PE





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

ATENDIMENTO: RUA STA LUZIA - FARR. - 66033 - CENTRO AGUAS BELA  
S. PL. 55340-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA		098369	09/2020												
LIGACAO: 114040 HECTROS DA RUA STA LUZIA, N. 00031 - CENTRO AGUAS BELAS PE 55340-000																	
INSCRIÇÃO: 405 830 000 - 4319 301 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 000028309																	
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICA												
1 (GGD)	POTENCIAL	1															
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (M3)														
1101561233	24/09/2020	24/10/2020	REAL														
<b>AGUA:</b> LEIT ANT: 288 CONSUMO: 0 LEIT ATU: 297 LEIT FAT: 297																	
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b> REF. LÍQUIDA CONSUMO																	
		PARAMETROS	MUNICÍPIO DE AMOSTRAS														
			EXIG. MS	PORT. 914/11	ANÁLISES REALIZ. A LEGIS												
09/2020	08	TURBIDEZ	38	25	15												
08/2020	01	COR APARENTE	38	25	8												
07/2020	05	CLORO RESIDUAL	38	25	25												
06/2020	10	COLIF. TOTAIS	38	25	25												
05/2020	04		38	25	25												
04/2020	04		38	25	25												
MEDIA:	05																
OBS.: CLORO TOTAL, AUSÊNCIA DESEMPENHO DAS AMOSTRAS EFETIVADAS PARA PARÂMETROS: COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA E OS 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		9,93	44,38														
MUNICÍPIO DE RECIFE - 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>PM RECIFE</td> <td>44,08</td> <td>1,65</td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td></td> <td>44,08</td> <td>7,60</td> <td>3,35</td> </tr> </tbody> </table>						TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	PM RECIFE	44,08	1,65	0,73		44,08	7,60	3,35
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO														
PM RECIFE	44,08	1,65	0,73														
	44,08	7,60	3,35														

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

MENSAGEM:

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  
SECUNDINO DE SOUZA



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

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

Nome: JOSE Azeimanez M. Neto Idade: 36

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

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

Filiação: Bisbele da R. Jardim

Endereço: AV. Cel. Almedo Duarte, 133

Trazido por: Pai

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

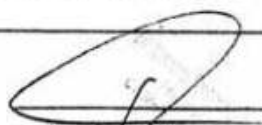
4:15 pm. Dor de cabeça no topo da cabeça de modo constante, batendo a cabeça com o calcanhar, irritabilidade

H. Diagnostica: Febre intermitente, vômitos, convulsões, irritabilidade, desidratação

Prescrição Medica: Acetaminofeno, Dexametasona, glicose 15

\_\_\_\_\_

Saída: 1 /20 Hr: \_\_\_\_\_

  
Ass. Do Medico-CRM

PREVIDÊNCIA SIA  
11 NOV 2009  
PROTOKOLO  
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 CORNEL ALFREDO DUARTE  
Bairro: CENTRO  
Telefone: 8737755173  
Profissão: ESTUDANTE  
Est. Civil: Solteiro

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

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

Admissão: 17/07/2019 18:08 h Previsão de Alta: 18/07/2019 10:00 h  
Médico: 005004 MATEUS DE PAULA ALBUQUERQUE Atendimento: CLINICO  
Observação:

PRESSÃO ARTERIAL: \_\_\_\_\_ MX \_\_\_\_\_ MN PULSO \_\_\_\_\_ BPM TEMPERATURA \_\_\_\_\_  
QUEIXA PRINCIPAL: *Polipneia*

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:  
*Presença de tosse e  
de cansaço há alguns dias e  
tema febre (Tmax 38,5)  
p/ 3 dias*

EXAME FÍSICO

*→ TCF leve  
Glom 18  
→ Sibilos finos  
Beb  
→ Sibilos em  
Dx*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: *Polipneia*  
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: *Polipneia*  
TRATAMENTO: *Anti*

*[Signature]*  
Instituição do Médico - CRM  
Dr. Mateus de Paula Albuquerque  
Cirurgia Geral  
CRM 16454

PROTÓTIPO  
11 NOV 2009  
PROTÓTIPO  
RECIFE



NOME: JOSÉ GUIMARÃES MALFA NETO CATEGORIA: UNIMED

ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: 107 REGISTRO Nº: 557936

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
17/7/79		<p>ang. sup</p> <p>de quebra de costela</p> <p>+ trauma torácico</p> <p>+ trauma abdominal</p> <p>CD - intestino</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Mateus de Paula Albuquerque Cirurgia Geral / Proctologia CRM - 16454</p>
18/7/79		<p>alt. sup</p> <p>em 16:30</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Mateus de Paula Albuquerque Cirurgia Geral CRM - 16454</p>
		<p>PROTOCOLO</p> <p>AGÊNCIA RECIFE</p>





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Jose Guimaraes Mello Neto

Categoria: Primário Gm

Enfermarias/Apto:

Leito: 809

Registro Nº: 557956

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA MEDICAÇÃO
12/01/23		1 Dia	
		3 SR Lactato - 2500 ml N 2x	5ND 8:28 4:51
		3 Baseira 0.7g N 12/12	1x 08
		4 Desferal 8g S.O.B.D	1x 08
		3 Vit K1 - 90mg N 12/12	1x 08
		5 Domestil 40mg N 2x/12	06
		3 D. 200 S.O.B.D N 6x/6	3x1 05
		8 Gama 24/14	06
		9 S.V.V.C.C.S.S	

*[Handwritten Signature]*  
 Dra. Mariana de Paula Albuquerque  
 Cruseiro Geral - Foz de Iguaçu  
 CRP 19374

Raina.

PROTÓCOLO AGÊNCIA REGISTRO

18 NOV 2023



707

NOME: Dege Guimarães Malta

ENFERMARIA/APTO: \_\_\_\_\_

LEITO: 107

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

REGISTRO Nº: 55.7916

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA MEDICAÇÃO
18/01/19	07	Dueta	SND
		B.S. R. com Bt - 2000ml	(18) (24) (06)
		3) Paepts	(18) (06)
		4) Desmethyl	(18) (06)
		5) Dabonina	(24) (06)
		6) Danel	(18) (24) (06)
		7) <del>Desmethyl</del>	(18) (24) (06)
		8) <del>Desmethyl</del>	(06)
		9) <del>Desmethyl</del>	(06)
		10) <del>Desmethyl</del>	(06)
		11) <del>Desmethyl</del>	(06)
		12) <del>Desmethyl</del>	(06)
		13) <del>Desmethyl</del>	(06)
		14) <del>Desmethyl</del>	(06)
		15) <del>Desmethyl</del>	(06)
		16) <del>Desmethyl</del>	(06)
		17) <del>Desmethyl</del>	(06)
		18) <del>Desmethyl</del>	(06)
		19) <del>Desmethyl</del>	(06)
		20) <del>Desmethyl</del>	(06)
		21) <del>Desmethyl</del>	(06)
		22) <del>Desmethyl</del>	(06)
		23) <del>Desmethyl</del>	(06)
		24) <del>Desmethyl</del>	(06)
		25) <del>Desmethyl</del>	(06)
		26) <del>Desmethyl</del>	(06)
		27) <del>Desmethyl</del>	(06)
		28) <del>Desmethyl</del>	(06)
		29) <del>Desmethyl</del>	(06)
		30) <del>Desmethyl</del>	(06)
		31) <del>Desmethyl</del>	(06)
		32) <del>Desmethyl</del>	(06)
		33) <del>Desmethyl</del>	(06)
		34) <del>Desmethyl</del>	(06)
		35) <del>Desmethyl</del>	(06)
		36) <del>Desmethyl</del>	(06)
		37) <del>Desmethyl</del>	(06)
		38) <del>Desmethyl</del>	(06)
		39) <del>Desmethyl</del>	(06)
		40) <del>Desmethyl</del>	(06)
		41) <del>Desmethyl</del>	(06)
		42) <del>Desmethyl</del>	(06)
		43) <del>Desmethyl</del>	(06)
		44) <del>Desmethyl</del>	(06)
		45) <del>Desmethyl</del>	(06)
		46) <del>Desmethyl</del>	(06)
		47) <del>Desmethyl</del>	(06)
		48) <del>Desmethyl</del>	(06)
		49) <del>Desmethyl</del>	(06)
		50) <del>Desmethyl</del>	(06)
		51) <del>Desmethyl</del>	(06)
		52) <del>Desmethyl</del>	(06)
		53) <del>Desmethyl</del>	(06)
		54) <del>Desmethyl</del>	(06)
		55) <del>Desmethyl</del>	(06)
		56) <del>Desmethyl</del>	(06)
		57) <del>Desmethyl</del>	(06)
		58) <del>Desmethyl</del>	(06)
		59) <del>Desmethyl</del>	(06)
		60) <del>Desmethyl</del>	(06)
		61) <del>Desmethyl</del>	(06)
		62) <del>Desmethyl</del>	(06)
		63) <del>Desmethyl</del>	(06)
		64) <del>Desmethyl</del>	(06)
		65) <del>Desmethyl</del>	(06)
		66) <del>Desmethyl</del>	(06)
		67) <del>Desmethyl</del>	(06)
		68) <del>Desmethyl</del>	(06)
		69) <del>Desmethyl</del>	(06)
		70) <del>Desmethyl</del>	(06)
		71) <del>Desmethyl</del>	(06)
		72) <del>Desmethyl</del>	(06)
		73) <del>Desmethyl</del>	(06)
		74) <del>Desmethyl</del>	(06)
		75) <del>Desmethyl</del>	(06)
		76) <del>Desmethyl</del>	(06)
		77) <del>Desmethyl</del>	(06)
		78) <del>Desmethyl</del>	(06)
		79) <del>Desmethyl</del>	(06)
		80) <del>Desmethyl</del>	(06)
		81) <del>Desmethyl</del>	(06)
		82) <del>Desmethyl</del>	(06)
		83) <del>Desmethyl</del>	(06)
		84) <del>Desmethyl</del>	(06)
		85) <del>Desmethyl</del>	(06)
		86) <del>Desmethyl</del>	(06)
		87) <del>Desmethyl</del>	(06)
		88) <del>Desmethyl</del>	(06)
		89) <del>Desmethyl</del>	(06)
		90) <del>Desmethyl</del>	(06)
		91) <del>Desmethyl</del>	(06)
		92) <del>Desmethyl</del>	(06)
		93) <del>Desmethyl</del>	(06)
		94) <del>Desmethyl</del>	(06)
		95) <del>Desmethyl</del>	(06)
		96) <del>Desmethyl</del>	(06)
		97) <del>Desmethyl</del>	(06)
		98) <del>Desmethyl</del>	(06)
		99) <del>Desmethyl</del>	(06)
		100) <del>Desmethyl</del>	(06)



Dr. Mateus de Paula Albuquerque  
 Cirurgião Geral, Proctologia  
 CRM - 18434

Suzete Oliveira  
 Farmacêutica



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: José Gumerson Malta Neto  
LESÃO RESULTANTE DO ACIDENTE:

Fratura do Torno D

INDICAR O TIPO DE LESÃO E OS RESULTADOS DELES

Conservador

ALTA MÉDICA?  SIM  NÃO

EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?  SIM  NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

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

INVALIDEZ PERMANENTE OU SEJA NÃO HA 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

REFRÊNDAS QUE ASSISTIU E/OU AVALIAR A VÍTIMA NO PERÍODO DE Dezembro  
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO DO RESULTADO DE EXAMES

Assinado  
Antonio

25/11/20

Victor Crispim  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 23144

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A  
25 JAN 2021  
F. PROCOLO  
AGÊNCIA RECIFE





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ADMINISTRADOR DAS EMENDAS**

**DETRAN - PE**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº **013224370229**

PLACA	1105945453	ANÁLISE	2017
VEÍCULO	VEICULO LATA SILVA		
TIPO	LATA		
DATA DE REGISTRO	010.925.094-02	DATA DE LICENCIAMENTO	EDR0842
PLACA ANTIGA	*****/PE	TIPO ANTIGO	9C2CUB0100RH508458
PLAS / HODOCICLERIA	COLHEITA		
ESQUA/POE 1101	VALOR	DATA	DATA
2P/109CCL	2016	2017	
IPVA 2017 QUITADO	PREZZA		
1	*****		

**CONTRON**

TIPIA  
15/04/17

Director Presidente DETRAN/PE

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ADMINISTRADOR DAS EMENDAS**

**DETRAN - PE**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº **013224370229**

**PE Nº 013224370229** HILFETE DE SEGURO DPVAT

**VEICULO LATA SILVA**

**CASA TIPIA - PE**

SEGRETO E O SEU FAMILIAR NO CASO DO DPVAT  
PODE FICAR RESCUMPTOR, LATA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.segurosdevidaeviduvida.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

56550-000

PLACA	1105945453	ANÁLISE	2017
VEÍCULO	VEICULO LATA SILVA		
TIPO	LATA		
DATA DE REGISTRO	010.925.094-02	DATA DE LICENCIAMENTO	EDR0842
PLACA ANTIGA	*****/PE	TIPO ANTIGO	9C2CUB0100RH508458
PLAS / HODOCICLERIA	COLHEITA		
ESQUA/POE 1101	VALOR	DATA	DATA
2P/109CCL	2016	2017	
IPVA 2017 QUITADO	PREZZA		
1	*****		

**CONTRON**

TIPIA  
15/04/17

Director Presidente DETRAN/PE

**OMPREV**  
CORPREV VIDA 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 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.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam susceptíveis 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. 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 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.

**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 cranio-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 curse 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

Titular do CPF: JOSE GUIMARAES MALTA NETTO

CPF de: Próprio

### 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

