



Número: **0170905-35.2022.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/12/2022**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELIO FELIPE DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12432 8156	25/01/2023 15:58	ANEXO 3	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200250638 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 04/04/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: OBS: PAG. 8/11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
 XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
 HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Numero do Registro: 2020/ET004295 | Data e Hora de Atendimento: 04/04/2020 18:51 | Prontuário Local: Prontuário Integrado: | Local de Entrada: Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 191803 HELIO FELIPE DA SILVA | Registro SUS: 700003955250606
 Nascimento: 03/10/1980 | Idade: 39 | Sexo: Masculino | Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) | Profissão: | Naturalidade: GOIANA PE | Nacionalidade: OFICY BOI
 Documento de Identidade: 623277037 | Filiação: JOSE FELIPE DA SILVA | ESTELITA MARIA DA CONCEICAO DA SILVA
 Endereço (Av. Rua, etc.): LOT BOA VISTA N 4 | Complemento: CASA
 Bairro: | Cidade: GOIANA | UF: PE | Telefone: 81 8559-8526
 Acompanhante: O MESMO
 Ocorrência: ACIDENTE DE TRÁNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) | Acidente de Trabalho: Sim Não

Procedência: DOMICILIO *rua Alagôis* | Meio de Transporte: Carro

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:
 Febre Vômito Dificuldade de respirar Tosse
 Taquicardia Convulsão Desmaio Tonturas Fraqueza Confusão
 Fadiga Distúrbios visuais Parafestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
 Dor Local: *MSE após trauma*
 Queixa urinária
 Sangramento Loc.
 Outras queixas:

Encaminhamentos:
 Clínica Geral
 Pediatria
 Cirurgião
 Ortopedista
 Serviço Social
 Maternidade
 Enfermagem
 Outros:

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos:
 Hipertensão Diabetes Problemas cardíacos Asma Bronquite Alergias
 Tuberculose Convulsão Tabagismo Enfisema Alcolism A.V.C.
 Outros: *rua DIA*
 Uso de medicamentos:

Sinais Vitais:
 PA: *120 x 70* mmHg Tm: _____ °C Pm: _____ bpm F.R.m: _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares:
 Glicemia Capilar: _____ mg/dl

Classificação:

Ass: Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / histórico da doença (HDA):
QP com história de queda de mão com dor no pulso @ e

Exame Físico: *peso: _____ kg pelha @*
to não está firmemente

Hipótese diagnóstica / conduta:
to de pulso @

Código de Atendimento: *condição em pulso @*
 Dr. Valdeban Carvalho Jr. CRM 7892 PE
 Ortopedia e Traumatologia





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **523302**

Usuário: PAULAPSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: HELIO FELIPE DA SILVA		Prontuário: 135712
Idade: 39a 6m 2d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:	Escolaridade:	Data de Nascimento: 03/10/1980
R.G.: 62327737	C.P.F.: 30414672836	Telefone: CEP 55900974
Endereço: LOT BOA VIISTA	, 4 - CENTRO	- GOIANA - PE
Dados da Internação		
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 05/04/2020 21:24	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-EXTRA
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA		542-06

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	04/10/2020
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

MAGDA RATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 07/04/2020 Hora da Alta: 12:50

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: BOAS

Diagnóstico Principal.....: FRACÇÃO DE

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

cedimento.....: RAFI COM ELACA E + KENAFUSI

 Médico e CRM:
 Dr. Ian Lacerda
 CRM-PB 9824
 CRM-PE 23590

 Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Helio Felipe da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: HELIO FELIPE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 39 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 05/04/2020

DATA NASC.: 03/10/1980

REG: 135712

DATA DA ALTA: 7/4/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 06/04/2020 RAFI COM PLACA EM T + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS
- CURATIVO DIÁRIO
- MEXER DEDOS DA MÃO OPERADA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOZE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

FERIDA OPERATÓRIA: COM CURATIVO OCLUSIVO ESTÉRIL, LIMPO, DE BOM ASPECTO

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /


Dr. Jan Lacerda
CRM-PB 9824
C.R.M.-P.B. 35590
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63967 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 135712 HELIO FELIPE DA SILVA Atendimento : 523302
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 74 ORTL-512-LEITO 002 Idade : 39 Anos
Dt. Início : 06/04/2020 12:00 Dt. Fim : 06/04/2020 12:30
Cid Pré-Operatório : S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Cid Pós-Operatório : S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimentos

Procedimento: 0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINC
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO
CIRURGIA: RAFI COM PLACA EM "T" E PARAFUSOS
CIRURGIÃO: DR. JEFFERSON CALUME
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO MARCELO
ANESTESISTA: DRA. CONCEIÇÃO
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MSE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. GARROTE ESTERIL EM MSE
5. INCISÃO DE PELE NA FACE VOLAR DO PUNHO ESQUERDO;
6. DISSECÇÃO POR PLANOS;
7. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA;
8. EDUCAÇÃO CRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA EM "T" 3X3 COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS;
CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
9. LIMPEZA COM SF 0,9%;
10. SUTURA POR PLANOS;
11. SUTURA POR PLANOS;
12. RETIRADO GARROTE
13. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL DO MSE
14. CURATIVO ESTERIL;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. João Victor
Médico
CREMESP 29149

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIO
CRM : 18757





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Ap. reabilitação ortopédica

STÃO
AIP
MIGUEL ARRAES

Atendimento: 523297

Data e Hora: 05/04/2020 20:08

Senha da Classificação:

0022

Paciente: 135712 HELIO FELIPE DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/10/1980 Idade: 39 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ESTELITA MARIA DA CONCEICAO DA SILVA Nome do Pai: JOSE FELIPE DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: LOT BOA VIISTA

4

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queixa de dor no tornozelo com inchaço e muito mal no andar e ao subir um pouco (5)

Exame Físico

*MSX no tornozelo com inchaço e dor +
crônica de deformidade aguda do tornozelo com inchaço e dor
sem limitação de movimentos.*

Hipótese Diagnóstica

Ex. rúgia distal (5)

Prescrição Médica

- 1- Aliviar dor*
- 2- solicitar Rx tornozelo (5) AP + P.*
- 3- Dipirona 500mg + AU 800mg*

Dr. Matheus Néo
Médico
CRM: 10275

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/04/2020 19:38



Nome Paciente: HELIO FELIPE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/10/1980
Sexo: Masculino
Idade: 39
Senha: 0022
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Outop 1

: 05/04/2020 20:00 - 05/04/2020 20:03

KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: VINDO DA UPA DE IGARASSU
SENAH 5917384
QUEDA DA MOTO
APRESENTA DOR + EDEMA EM MSE

Observação: NEGA DM, HAS E OU ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 7
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 68.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICOSE: 90.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 141.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 82.00 MMHG
- PESO: 80.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RE **ADO**
143A

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()

Local
Dra. Karina Oliveira
COREN-PE 153469-ENF

Acolhido(a) por: KARINA DE OLIVEIRA - COREN: 153469 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/04/2020 20:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	04/04/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	04/04/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Helio Felipe da Silva.		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura rádio distal Esq.		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Tratamento cirúrgico de fratura do rádio distal Esq. Fisioterapia motora 22 sessões.		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º
2º
3º
4º
5º

1ª Dor residual e déficit de força no punho esquerdo
 2ª
 3ª Com perda funcional de 85%
 4ª no punho Esq.
 5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/07/2020 A 07/07/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiano PE 07/07/2020

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alistair F. F. Vieira
 Otorrinolaringologista
 CRM/MS 61320/PE
 R. 1001, 1001A





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01-1666329-406

PLACA: QEE3304/PB
MOTORISTA: RILDO ALVES FERREIRA
MOTORISTA: RILDO ALVES FERREIRA
MOTORISTA: RILDO ALVES FERREIRA

VEICULO: HONDA/CC 160 FAN
MOTORISTA: RILDO ALVES FERREIRA
MOTORISTA: RILDO ALVES FERREIRA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 06/05/2019

DATA 06/05/2019
7003781

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 08/05/2019
PLACA QEE3304/PB

VEICULO: HONDA/CC 160 FAN
MOTORISTA: RILDO ALVES FERREIRA
MOTORISTA: RILDO ALVES FERREIRA

PREMIO TARIFARIO
DATA DE PAGAMENTO 06/05/2019

SEGURO
DATA DE QUOTACÃO 06/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.246.608/0001-04

1003781-1622458-20190509





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200240690 Data da solicitação: 15/07/2020
DD/MM/AA
Nome do beneficiário: HELIO FELIPE DA SILVA CPF do beneficiário: 304.146.728-36
Nome do solicitante: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO CPF do solicitante: 08314672836

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.8289-7962 Tel. Comercial: (81) 9.9808-6287 Tel. Residencial: (81) 3626-3771
DDD DDD DDD
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____ (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOLICITO REABERTURA DO MEU PROCESSO POIS NAO SO O PROPRIETARIO DO VEICULO QUE SOFRIR O ACIDENTE ESTOU ENVIANDO O BO RETIFICADO E TODAS AS MINHAS DOCUMENTAÇÕES

Carima - PE 15.07.2020
Local e Data

Helio Felipe da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197568/20
Vítima: HELIO FELIPE DA SILVA
CPF: 304.146.728-36
CPF de: Próprio
Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS
Data do acidente: 04/04/2020
Titular do CPF: HELIO FELIPE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELIO FELIPE DA SILVA : 304.146.728-36

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 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: 15/07/2020
Nome: HELIO FELIPE DA SILVA
CPF: 304.146.728-36

HELIO FELIPE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200250638

Vítima: HELIO FELIPE DA SILVA

Data do Acidente: 04/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELIO FELIPE DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **HELIO FELIPE DA SILVA**

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

Banco: **033**

Agência: **000004065**

Conta: **000001050728-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01229/01230 - carta_15R - INVALIDEZ



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: **304.146.728-36** 4 - Nome completo da vítima: **HELIO FELIPE DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **HELIO FELIPE DA SILVA** 6 - CPF: **304.146.728-36**

7 - Profissão: **AUTONOMO** 8 - Endereço: **LOTEAMENTO BOA VISTA** 9 - Número: **04** 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: **BOA VISTA** 12 - Cidade: **GOIANA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55900-000**

15 - E-mail: **ASSESSORIA.GOIANA@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **81 99808-6287**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **Santander**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **4065** CONTA: **01050728**

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (vernasco)? 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 - 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 _____

40 - Local e Data, **GOIANA-PE, 08 DE JUNHO DE 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Helio Felipe da Silva

43 - Assinatura do procurador (se houver)
[Assinatura]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ºCIRC DINTER/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0134000933**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/04/2020** às **14:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/4/2020** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, RUA DIREITA** - Bairro: **CENTRO** - **GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **JUSTIÇA FEDERAL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
HELIO FELIPE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

HELIO FELIPE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ESTELITA MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Pai: **JOSÉ FELIPE DA SILVA** Data de Nascimento: **3/10/1980** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **623277037/SSP/SP (RG), 30414672836 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81989350729**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 4, LOTEAMENTO BOA VISTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, VIZINHO AO BAR DE NICE**

NÃO 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)

OBJETO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HELIO FELIPE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HELIO FELIPE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QSE3304 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **119031086** Chassi: **9C2KC2200KR070743**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019**

Complemento / Observação

AFIRMA O ORA VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RUA DIREITA SENTIDO IGREJA DA MATRIZ, QUANDO UM VEICULO ENTROU NA VIA ABRUPTAMENTE, TENDO O ORA VITIMA DESVIADO E CAÍDO. QUA APÓS O ACIDENTE FOI SOZINHO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREA, FICHA DE ATENDIMENTO 2020/ET004295, APÓS ATENDIMENTO FOI PRA UPA DE IGARASSU E NO DIA SEGUINTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL



ARRAËS EM PAULISTA/PE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS A ACRESCENTAR ENCERRO O PRESENTE REGISTRO.

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

**HELIO FELIPE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RICARDO MAGNO COELHO SOARES**

