



Número: **0005446-11.2022.8.17.2670**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Gravatá**

Última distribuição : **29/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELENO JOAO DE LEMOS (AUTOR)		LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO(A)) BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12492 1583	02/02/2023 09:05	ANEXO 2	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200456625 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS **Data do acidente:** 03/06/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. P2/6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P3
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



**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: [3200456625](#)

Nome do(a) Examinado(a): [ELENO JOAO DE LEMOS](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [R CASTRO ALVES, 51, , Gravatá/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SDS-PE / 2822831](#)

Data e local do acidente: [03/06/2020 - Gravatá/PE](#)

Data e local do exame: [23/12/2020 - Caruaru/PE](#)

Coordenadas Geográficas: latitude: [-8.27084](#) , longitude: [-35.978](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[Fratura distal da fíbula direita.](#)

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

[tratamento conservador. Evoluiu com marcha claudicante, edema \(+++/++++\)](#)

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

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

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

[Dano do tornozelo direito](#)

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"

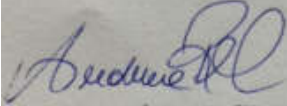
"Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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



Tornozelo Direito - Leve - 25%

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



Andrea R. Madeira
CRM-19953



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200456625 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS **Data do acidente:** 03/06/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal da fíbula direita.

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

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar com orientações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

ORTOGANTE: DATA DO ACIDENTE 03/06/2020 SINISTRO: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: ELENO JOÃO DE LEMOS
RG: 2.822.831
CPF: 477.854.544-34
Estado Civil: CASADO Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA: CASTRO ALVES Nº 51 bairro: CRUZEIRO
GRAVATA / PE CEP: 55644-300 neste ato tendo assinado a rogo,

RG: CPF:
Endereço: N: Bairro: cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 4.339.162 SSD/PE CPF: 847.705.894-68
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Eleno João de Lemos
OUTORGANTE

A Rogo:
Testemunhas:

GRAVATA', 14, OUTUBRO, 2020
Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364824/20

Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

Data do acidente: 03/06/2020

CPF: 477.854.544-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELENO JOAO DE LEMOS

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

ELENO JOAO DE LEMOS : 477.854.544-34

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: 16/12/2020
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200456625 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS **Data do acidente:** 03/06/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal da fíbula direita.

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

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar com orientações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 014084469528

VIA 1 COD. RENAVAM 731514149 RNTRO ***** EXERCICIO 2019

NOME
 ELENO JOAO DE LEMOS

GRAVATA-PE

OFFICINA 477.854.544-34 PLACA XLP0032

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C3JC2010YR026721

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

HONDA/CG 125 TITAN FS 2000 2000

CAP/POT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS

I P IPVA 2019 QUITADO 1ª *****

V FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

A 1 3ª *****

PREMIO TARIFFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA MENTO DE POSTE OBRIGATORIO

PRO VAL DO NRE ESTAD ENERJICIA

GRAVATA-PE DATA 09/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364824/20
Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS
CPF: 477.854.544-34
CPF de: Próprio
Data do acidente: 03/06/2020
Titular do CPF: ELENO JOAO DE LEMOS
Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

ELENO JOAO DE LEMOS : 477.854.544-34

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: 16/12/2020
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos





REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Geres	
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V	CNES 2435802	Vítima Nº	
	Data do atendimento 03/06/2020 às 2000-01-01 08:25:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000023841		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome ELENO JOAO DE LEMOS			
	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Data de nascimento 26/06/1963 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
	Idade 56 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Ocupação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
	Município de residência Gravatá - PE	Código IBGE 260640		
	Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input checked="" type="checkbox"/> 9 Ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente			
	Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Dia da semana do acidente <input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB		Tipo de Vítima <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Melo de locomoção da vítima no momento do acidente <input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro _____			
	Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Tipo de acidente <input type="checkbox"/> 1 Colisão/abaloamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	
	Outra parte envolvida no acidente <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica <input type="checkbox"/> 8 Outro _____			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Uso de sinto de segurança pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
	Avanço de sinal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Uso de capacidade pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
Sono do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Condutor tem habilitação <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica		
Outro fator relacionado ao acidente				
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado				
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Transferência da Vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Obsevações			





IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 03/06/2020
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:25
Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 471276
PACIENTE: ELENO JOAO DE LEMOS
GENITORA: JOSEFA SEVERINA DA LEMOS
DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1963 IDADE: 56 SEXO: Masculino COR: Sem informação
ENDEREÇO: CASTRO ALVES Nº: 63
BAIRRO: CRUZEIRO CIDADE: GRAVATA UF: PE CEP 55640-000
PONTO DE REFERENCIA: CASA ACOMPANHANTE: SAMU

HDA

paciente vítima de Gloriosa Cor-de-rosa,
queimadura de 1º e 2º grau

EXAME FÍSICO

Exame físico: COTA, AAA, e pulmão
gloriosa: 15.
Pupila isocórica e Esferopéptica

EXAMES SOLICITADOS

Rx de Tórax - Rx para D 1/2 superior

HD

Sutura de curativo no fêmur 1º

Dr. Cleto Gilberto (Clique)
Clínica Geral
CREMEPE - 2950

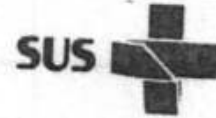
MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Cleto Gilberto
Médico
CRM 25.376





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 471276
 PACIENTE: ELENO JOAO DE LEMOS
 GENITORA: JOSEFA SEVERINA-DA LEMOS
 DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1963 IDADE: 56
 ENDEREÇO: CASTRO ALVES
 BAIRRO: CRUZEIRO
 PONTO DE REFERENCIA: CASA
 DATA: 03/06/2020
 HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:25
 CNS: 706402606354680
 TELEFONE:
 SEXO: Masculino COR: Sem informação
 Nº: 63
 UF: PE CEP 55640-000
 CIDADE: GRAVATA
 ACOMPANHANTE: SAMU

HDA

paciente vítima de Gloriosa Cor-de-rosa,
 que me dá dor e mal

EXAME FÍSICO

Exame físico: COTL, AAA, e peso
 Glasgow: 15
 Pulso irregular e fibrilante

EXAMES SOLICITADOS

Rx de Tórax - Rx para D 1/2 apertado

HD

Autônomo de cuidados em Atenção Primária

Jr. Cleto Gilberto Albuquerque
 Clínica Geral
 CREMEPE - 2950

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Cleto Gilberto Albuquerque
 Médico
 CRM 5.976



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM.

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

otonal 100 g
 9F0,9% 100 - e
 > 10

Irta Alves Bezerra
 Autógrafa Elétrica
 COREN 325974
 9:10y

CRM 25...

Em 03/02/23 às 09h

Rianacort

Prescrita em favor do AFD. Faltou a prescrição
 de AFD. Sem alteração.
 Foi iniciado por outroposto

Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira
 Clínico Geral
 CREMEPE - 2950

Substituído em favor Dr

Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira

Dr. Cleto Gilberto R. Siqueira
 Clínico Geral
 CREMEPE - 2950

ALTA

HORA:	DATA 03/02/23	CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/>	A PEDIDO <input type="checkbox"/>
		TRANSFERIDO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS





PREFEITURA MUNICIPAL
GRAVATÁ
AGORA É CRESCIMENTO

SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Espero pois, de seus

laudos médicos

GRAVATA

para o tratamento de

patologia temporária oriunda

ev. S 82.6 para avaliação

de trânsito.

Alta médica

06/11/2020

[Signature]

Dr. Alexandre Bezerra
Traumatologista
CRM: 1704-TEOT 1242


PREFEITURA DE GRAVATÁ | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (M) 3563-9024
RUA CORONEL GUSTAVO BORBA, 490 - SANTA LUZIA, GRAVATÁ - PE
SUGESTÕES, CRÍTICAS, ELOGIOS, OUVIDORIA MUNICIPAL: 0800 281 9079 OU (81) 3563-9007
WWW.PREFEITURADEGRAVATA.PE.GOV.BR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09-R50

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARANHA



POSSUÍM DIREITO

Carteira de Identidade

Eleno João de Lemos

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.822.831 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/2018

NOME << ELENJO JOÃO DE LEMOS >>

FILIAÇÃO << JOÃO FRANCISCO DE LEMOS >>
<< JOSEFA SEVERINA DE LEMOS >>

NATALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 26/06/1963

DOC. ORIGEM << 075614 01 55 1998 2 00004 230 0002520 35 CARAVATA-PE >>

CPF 477.854.544-34 *Paulo de Carvalho*

LEI Nº 7.116 DE 20/04/1983



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 014084469528

VIA 1 COD. RENAVAM 731514149 RNTRO ***** EXERCICIO 2019

NOME
 ELENO JOAO DE LEMOS

GRAVATA-PE

OFFICINA 477.854.544-34 PLACA XLP0032

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C3JC2010YR026721

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

HONDA/CG 125 TITAN FS 2000 2000

CAP/POT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS

I P IPVA 2019 QUITADO 1ª *****

V FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

A 1 3ª *****

PREMIO TARIFFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA MENTO DE POSTE OBRIGATORIO

PRO VAL DO NRE 15/11/19 ENGENHIA

GRAVATA-PE DATA 09/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia





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: 47785454434 4 - Nome completo da vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: ELENO JOÃO DE LEMOS 6 - CPF: 47785454434
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA: CASTRO ALVES 9 - Número: 53 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CRUZEIRO 12 - Cidade: GRAVATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55644-300
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:
 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 62150 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

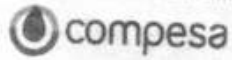
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, _____
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Eleno João de Lemos
42 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014388-2

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 10578272 N° 101020812	
ELENO JOAO DE LEMOS		47765454434	
R CASTRO ALVES, N. 00051 - CRUZEIRO GRAVATA PE 55644-300			
INSCRIÇÃO: 064.270.591.0321.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 010578272			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE UNIDADES COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12B312544	DATA LEIT. ANTERIOR 30/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 23/08/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTA AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 18.251 DE 21.12.54, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO AOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O CORTE E A NEGATIVACÃO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

REFERENCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
07/2020	15/08/2020	47,69

EMISSÃO: 21/08/2020

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IPR CORPIS			47,69



PROCURAÇÃO PARTICULAR

ORTOGANTE: DATA DO ACIDENTE 03/06/2020 SINISTRO: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: ELENO JOÃO DE LEMOS
RG: 2.822.831
CPF: 477.854.544-34
Estado Civil: CASADO Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA: CASTRO ALVES Nº 51 bairro: CRUZEIRO
GRAVATA / PE CEP: 55644-300 neste ato tendo assinado a rogo,

RG: CPF:

Endereço: N: Bairro: cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 4.339.162 SSD/PE CPF: 847.705.894-68
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Eleno João de Lemos
OUTORGANTE

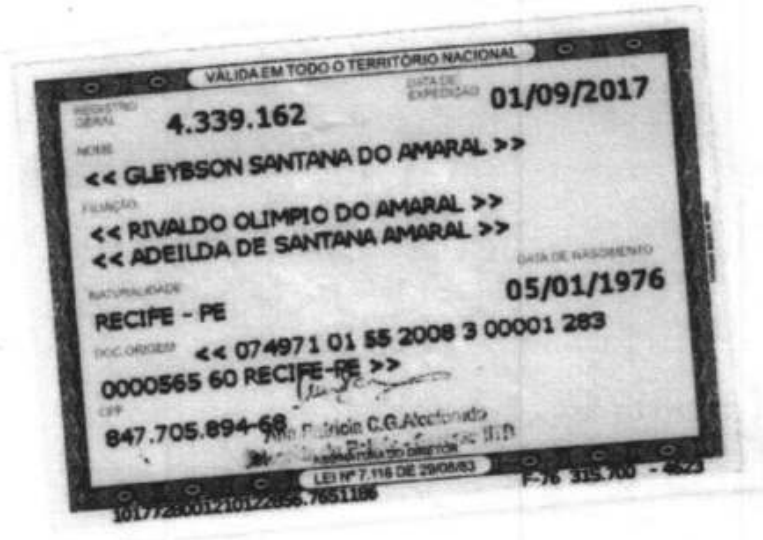
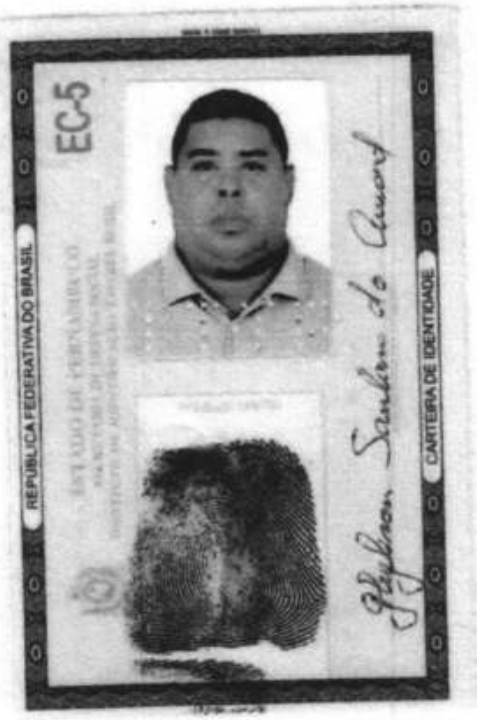
A Rogo:

Testemunhas:

GRAVATA', 14, OUTUBRO, 2020
Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.





bradesco | 237-2 | 2379415009 91510.607566 16000.224507 9 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
GLEYBSON S AMARAL - 84770589468
RUA RIVALDO BALTAR - 56 -
PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642156

Sacador/Avalista

Descrição	Valor	Data	Saldo
...

bradesco | 237-2 | 2379415009 91510.607566 16000.224507 9 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
GLEYBSON S AMARAL - 84770589468
RUA RIVALDO BALTAR - 56 -
PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642156

Sacador/Avalista

Descrição	Valor	Data	Saldo
...

LEGAL ADVICE
 This message is exclusively destined for the people to whom it is directed, and it can bear private and/or legally exceptional information. If you are not addressee of this message, since now you are advised to not release, copy, distribute, check or otherwise use the information contained in this message, because it is illegal. If you received this message by mistake, we ask you to return this email, making possible, as soon as possible, the elimination of its contents of your database, regulations or controls system. The message that bears any mandatory force, issued by someone who has no representation power, shall be null or void.

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
GLEYBSON S AMARAL - 84770589468
RUA RIVALDO BALTAR - 56 -
PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642156

Sacador/Avalista



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEYSOU SANTANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847705894 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELENO JOÃO DE LEMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 477854544 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELENO JOÃO DE LEMOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 477854544 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA: RIVALDO BALTAZ		56	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PRADO	GRAVATA'	PE	55642-155
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		8199228: 5097	

GRAVATA', 14 de OUTUBRO de 2020

Local e Data


Glebson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

09-R50


ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARANHA



CAIXA DE IDENTIDADE

Eleno João de Lemos

POS. ZONA DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.822.831 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/2018

NOME << ELENO JOÃO DE LEMOS >>

FILIAÇÃO << JOÃO FRANCISCO DE LEMOS >>
<< JOSEFA SEVERINA DE LEMOS >>

NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 26/06/1963

DOC. ORIGEM << 075614 01 55 1998 2 00004 230
0002520 35 CARAVATA-PE >>

CPF 477.854.544-34 *Paulo de Carvalho*

ASSINATURA DO DIRETOR DE CARAVATA

LEI Nº 7.116 DE 20/04/18

41004000911615618367730





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: 47785454434 4 - Nome completo da vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: ELENO JOÃO DE LEMOS 6 - CPF: 47785454434
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA: CASTRO ALVES 9 - Número: 53 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CRUZEIRO 12 - Cidade: GRAVATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55644-300
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:
 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 62150 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Eleno João de Lemos
42 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0152002817**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/09/2020** às **14:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/6/2020** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA COMENDADOR MIGUEL GASTAO DE OLIVEIRA, 01** - Bairro: -
GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **0000000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ELENO JOAO DE LEMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

ELENO JOAO DE LEMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA SEVERINA DE LEMOS**
Pai: **JOAO FRANCISCO DE LEMOS** Data de Nascimento: **26/6/1963** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2822831/SDS/PE (RG), 47785454434 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **081991659538**

Endereço Residencial: **RUA CASTRO ALVES, 63 - CEP: 0 - Bairro: CRUZEIRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCADINHO DE NINO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELENO JOAO DE LEMOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELENO JOAO DE LEMOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLP0033** (PERNAMBUCO/GRAVATA) Renavam: **731514149** Chassi: **9C2JC3010YR028721**

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



Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P. O SENHOR ELENO JOAO INFORMANDO QUE NA DATA CITADA VINHA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA QUANDO PRÓXIMO À PONTE DA RUA DO NORTE UM DESCONHECIDO QUE ESTAVA CONDUZINDO UM AUTOMÓVEL DE COR PRATA COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA VÍTIMA, VINDO ESTA A CAIR NA VIA PÚBLICA, SENDO O SOCORRO ACIONADO POR POPULARES QUE LÁ ESTAVAM, E O CAUSADOR DO ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO, NÃO PRESTANDO SOCORRO À VÍTIMA. ESTA FOI ATENDIDA NO HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, SOB O NÚMERO DO REGISTRO DO HOSPITAL: 471276. A VÍTIMA RECEBEU ALTA NO MESMO DIA.

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

ELENO JOAO DE LEMOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VILMARIO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3871770**
(Liberado em **23/09/2020** às **14:56**)





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, 10 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200456625

Vítima: ELENO JOAO DE LEMOS

Data do Acidente: 03/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENO JOAO DE LEMOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: **ELENO JOAO DE LEMOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000062150-0**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

