



Número: **0017215-88.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARNALDO MANOEL DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55147724	06/12/2019 16:50	2587684_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00172158820198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ARNALDO MANOEL DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Ademais, cabe ressaltar administrativamente a ré verificou lesão na mão direita, a graduando em 25% (repercussão leve), efetuando o pagamento no valor de R\$2.362,50.

Todavia, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0017215-88.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

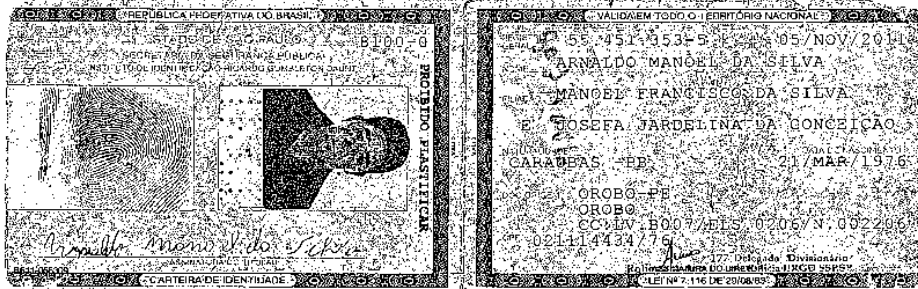
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARNALDO MANOEL DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55147725	06/12/2019 16:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETOIA
DE SEGUROS LDA
02 JAN. 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DO INTERIO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO NACIONAL DE RECLAMATION

GERALDO DA SILVA COUTINHO

RG 2237115-9008 PE

CPF 029.646.794-51 DATA NASCIMENTO 15/04/1975

FLUXO: GERALDO GERALDO DA SILVA, DUVALINA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO: 02/05/2016

Nº REGISTRO 05069494846 VALIDAR 29/04/2021 PRAZOS 05/11/2010

OBSERVAÇÕES: com observações

Assinatura do titular: Geraldo da Silva Coutinho

LOCAL: LITORAL - PE DATA EMISSÃO 02/05/2016

ASSINATURA DO TITULAR: 44211688994 28072866551

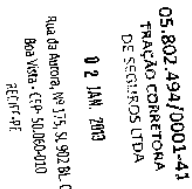
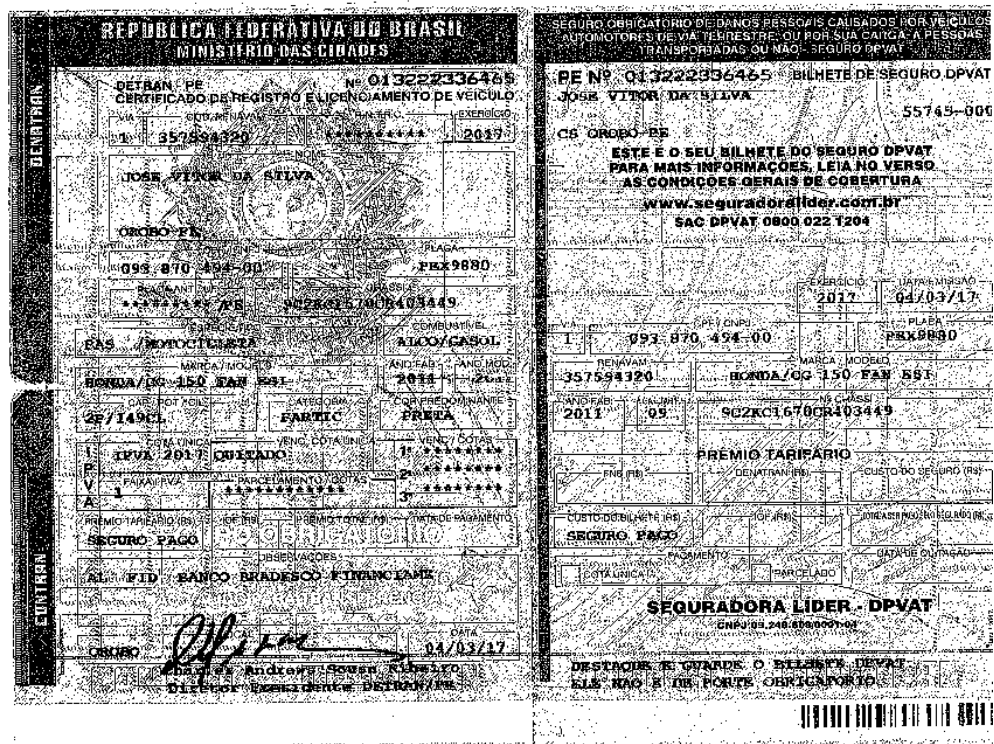
ASSINATURA DO TITULAR: 44211688994 28072866551

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETONA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





During
-OURS*

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001061/18
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA
CPF: 021.114.434-76

Data do Acidente: 16/10/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: ARNALDO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARNALDO MANOEL DA SILVA : 021.114.434-76

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

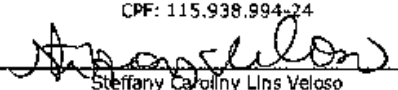
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF/CNPJ: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Carolyn Lins Veloso



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPOÊNCIA DO POLEGAR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º DEDO COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba



Procuração



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

1. Outorgante Arnaldo Manoel da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 55.451.353-5, expedido por SSP/SP, em

05/11/2011, inscrito no CPF sob o nº 021.114.434-75, residente na

Rua Alto São José, nº 21

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Bom Jardim, Estado PE

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em

06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na

Rua da Alegria, nº 317

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Limoeiro, Estado PE

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



Bom Jardim 07 de dezembro de 2017

Outorgante Arnaldo Manoel da Silva



Cartório Sérgio Vasconcelos

Sérgio Ricardo Vasconcelos TABELÃO

Rua Celso Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55130-000
(011) 3339 1010

Reconheço por Autenticidade a firma de ARNALDO MANOEL DA SILVA, Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017. Em test

da verdade, JOSE CARLOS DA SILVA

BEZERRA, ESPECIFICAMENTE AUTORIZANDO ENDL: R\$ 3,49 - FERR: R\$ 0,39

- ISRR: R\$ 0,70 - Total: R\$ 4,66 Selos

0077506-INT11201701.01721 Consulto autenticidade em

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180021559**

Vítima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **16/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180021559**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12232362

Pag. 00473/00474 - carta_01 - INVALIDEZ



00020237



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180021559**
Vítima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**
Data do Acidente: **16/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180021559**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00195/00196 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12244888



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Sinistro: **3180021559**

Vítima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **16/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180021559** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00449/00450 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12457960



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Carta nº: 12543295

A/C: ARNALDO MANOEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180021559
Vitima: ARNALDO MANOEL DA SILVA
Data do Acidente: 16/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ARNALDO MANOEL DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000077833-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01867/01868 - carta_15R - INVALIDEZ

00020934



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPOÊNCIA DO POLEGAR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º DEDO COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

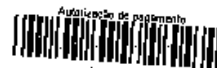
Assinatura do médico:

Victor Borba





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

021.114.434/76

Nome completo da vítima

Arnaldo Manoel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Arnaldo Manoel da Silva	021.114.434-76	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Rua João Batista Ramos	58	Casa
Bairro	Cidade	CEP
Centro	Olinda	55.745-000
Email	Estado	Telefone (DDD)
	PE	3333-8886
		991375964

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	DA	CONTA NRO.	DA
0053		77833	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA NRO.	DA
		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura secundária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

02 JAN. 2013

Olinda - PE, 26 de Dezembro de 2012

Local e Data

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - PE
RECIFE-PE

Arnaldo Manoel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

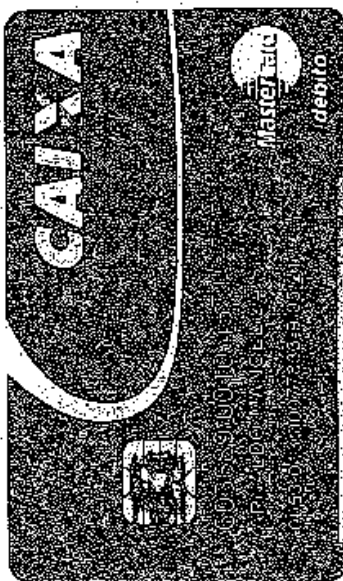
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/12/2019 16:50:20
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120616502022300000054257561>
Número do documento: 19120616502022300000054257561

vito
Aurora



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



**Lauda 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: 3180021559
Nome do(a) Examinado(a): Arnaldo Manoel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Batista Ramos, 58 Cs
Centro Orobó PE CEP: 55745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 554513535
Data local do acidente: [16/10/2017]
Data local do exame: [07/03/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3O DEDO DA MAO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4O E 5O DEDOS DA MAO DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM LIMPEZA E FIXAÇÃO COM FIO DE AÇO DO 3O DEDO E IMOBILIZAÇÃO DO 4O E 5O DEDOS DA MAO DIREITA. NAO REALIZOU FISIOTERAPIA
Complicações: RIGIDEZ ARTICULAR E DESVIO ROTACIONAL
Data da Alta: JANEIRO/18
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3O DEDO DA MAO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPOÊNCIA DO PEGAR DIREITO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE DA FUNÇÃO GLOBAL DA MAO DIREITA (PINÇA, OPOÊNCIA E FIRMEZA DA PRENSÃO)
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 o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0207000844

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2017** às **13:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/10/2017** às **17:00**

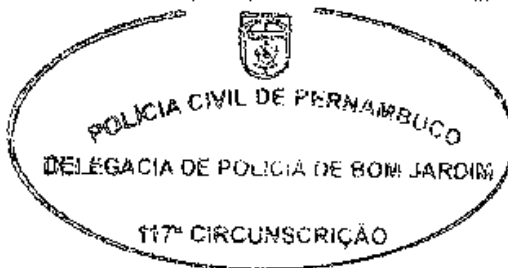
Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, PE-88** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERDA DO NAVIO**
 Local do Fato: **ROBOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ VITOR DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
ARNALDO MANOEL DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**



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

JOSÉ VITOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA HERMELINDA DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **22/5/1992** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8408733/SDS/PE (RG), 09387049400 (CPF), 05717513717 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ALMOXARIFE** Motivo da Viagem: **OUTROS** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OROBO, 32, RUA JOÃO BATISTA RAMOS - CEP: 55730000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CRECHE**

ARNALDO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA JARDELINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/3/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **554513535/SSP/SP (RG), 02111443475 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, 21, RUA ALTO SÃO JOSÉ - CEP: 55730000 - Bairro: CENTRO - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CHICO CALÇADOS**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PEX8880** (PERNAMBUCO/OROBO) Renavam: **357694320** Chassi: **9C2KC167DCR403449**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

06/12/2017 10:36

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR JOSE VITOR DA SILVA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA RODOVIA PE 88, NA ALTURA DO SÍTIO PEDRA DO NAVIO, NESTE MUNICÍPIO, NO SENTIDO ENCRUZILHADA/BOM JARDIM, TRANSPORTANDO NA GARUPA A PESSOA DE ARNALDO MANOEL DA SILVA, QUANDO FOI DESVIAR DE UM BURACO NA RODOVIA, FAZENDO UMA MANOBRA BRUSCA, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO CAINDO AS MARGENS DA RODOVIA, CAUSANDO LESÕES NOS DOIS OCUPANTES E DANOS NA MOTOCICLETA. INFORMA AINDA, QUE ARNALDO FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA UNIDADE POLICIAL, QUE ANEXA AO BO.

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

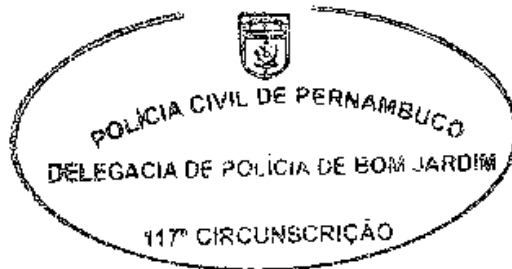
JOSE VITOR DA SILVA

(AUTOR / AGENTE)

ARNALDO MANOEL DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ IGLÉSIO CAMPOS DE MORAIS** - Matrícula: **134881-7**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

06/12/2017 10:36



HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

DATA <u>10-10-17</u>	HORA <u>17/32</u>	Registro <u>5498 35</u>
NOME <u>Arnaldo Francisco da Silva</u>		Referência
Endereço <u>Alto do São José</u>		
Idade <u>41</u>	Sexo <u>M</u>	Cidade <u>Bom Jardim RJ</u>
		Profissão
Responsável <u>Arnaldo Francisco da Silva</u>		Fone: <u>()</u>
Endereço Responsável <u>Alto do São José</u>		
Inscrição <u>21-03-1976</u>		

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☒ **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

VEÍCULO	☐ Automóvel	☐ Ônibus	☒ Moto	☐ Outro	☐ Ignorado
TIPO	☐ Atropelamento	☐ Colisão	☐ Capotagem	☐ Outro	☐ Ignorado

☐ **AGRESSÃO**

ARMAS	☐ Arma de Fogo	☐ Arma Branca	☐ Escapamento	☐ Outro	☐ Ignorado
TIPO	☐ Assalto Brigas	☐ Ação Policial	☐ Agressão Sexual	☐ Outro	☐ Ignorado

☐ **ACIDENTE DE TRABALHO**

ORIGEM ☐ Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ **AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO**

☐ **OUTROS TIPOS DE ACIDENTES**

☐ Intoxicação Alimentar ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimaduras ☐ Outro ☐ Ignorado

☒ **LOCAL DE OCORRÊNCIA**

☒ Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado

DEIXAS

Arnaldo Francisco da Silva 05-802-494/0001-41

CPF: 21-03-1976 TRATAMENTO CORRETIVO

31-03-2017 DE DECEPLOS LTDA

NOME FÍSICO

Arnaldo Francisco da Silva 02 JAN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902-BL. C

Bom Jardim RJ CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Franco 31-03-2017 21-05-17 (C)

PROCEDIMENTOS **CÓDIGO**

10-116V 121852



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/03/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000077833-9

Nr. da Autenticação 0CCE31CD69C9D96E



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Arnaldo Manoel da Silva

RG nº 55.451.353-5 data de expedição 05/11/2010 Orgão SSP-SP

CPF nº 021.114.434-76, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro.

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Batista Ramos</u>
Número	<u>58</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Ororó</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886 / (81) 99137-5964</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ororó - PE, 26/12/2014

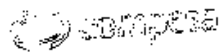
Assinatura do Declarante: Arnaldo Manoel da Silva

95.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





COMPANHIA SANEAMENTO DE PERNAMBUCO
RUA DO COMENDADOR JOSE DE ALMEIDA, 100
JARDIM BELVISTA, RECIFE - PE 51030-000

ATENDIMENTO: RUA MANOEL SILVESTRE DA MATA RIBEIRO - NUM. 0
0037 - CENTRO OROBO PE 55745-000

UNIDADE DE ATENDIMENTO: MATERIA: 16453633 Out/2017

JOSEFA JARDELINA DA SILVA
R JOAO BATISTA RAMOS, N. 0058 - CENTRO OROBO PE 55745-000

INSCRIÇÃO: 097.810.190-0000 133 GRUPO 9 DEB AUTOMATICO 016453633
SITUAÇÃO: RESIDENCIAL

TIPO	POTENCIAL	DATA DE ENTREGA	DATA DE RECEBIMENTO	TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL	1000	04/10/2017	04/11/2017	REAL

ÁGUA:
LEIT ANT: 1074 CONSUMO: 8
LEIT ATU: 1082
LEIT FAT: 1082

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2017 23
08/2017 06
07/2017 09
06/2017 13
05/2017 13
04/2017 14
MÉDIA: 13

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT.	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
TURBIDEZ	14	14	10
COR APARENTE	14	14	8
COLOR RESIDUAL	14	14	14
COLIF. TOTAIS	14	14	14
E. COLI	14	14	14

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	8 M3	40,18
CONSUMO DE ÁGUA		2,05
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017		

5.802.494/0001-41
YKAÇÃO CORRETORA
DE SERVIÇOS LTDA

02 JAN. 2013

VENCIMENTO: 14/11/2017

MENSAGEM:

TOTAL A PAGAR: 42,23
RUA DA AUTORA, Nº 175, SL 902 BL 1
BOA VISTA - CEP: 50.060-042

RECIFE-PE



828300000000-7 4223001

VENCIMENTO: 14/11/2017

COMPESA
ATENÇÃO: NÃO PAGAR EM NOME
DE OUTROS DEBENTORES

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Arnaldo Manoel da SilvaRG nº 55.451.353-5 data de expedição 05/11/2010 Orgão SSP-SP

CPF nº 021.114.434-76, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro.

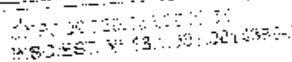
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Batista Ramos</u>
Número	<u>58</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Ororó</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886 / (81) 99137-5964</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ororó - PE, 26/12/2014Assinatura do Declarante: Arnaldo Manoel da Silva95.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2015

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ATENDIMENTO: RUA MANOEL SILVESTRE DA MATA RIBEIRO - NUM. 0
0037 - CENTRO OROBO PE 55745-000

0037 - CENTRO GROUP
DATE DUE: 16453633 Out/2017

JOSEFA JARDELINA DA SILVA
R JOAO BATISTA RAMOS, N. 0058 - CENTRO OROBO PE 55745-000

JOSEFA JARDIM DE LIMA, N. 0058 - CENTRO URBANO
R JOAO BATISTA RAMOS, N. 0058 - CENTRO URBANO
INSCRIÇÃO: 091.412.590-0000-123 GRUPO 3 - DEB AUTOMATICO - 016453633
QUANTIDADE DE EMPRESAS

INSTRUMENTO	ESTADO	PROCESO	FECHA	FECHA	FECHA
1	POTENCIAL	POTENCIAL	04/10/2017	04/11/2017	REAL

ÁGUA:
LEIT ANT: 1074 CONSUMO: 8
LEIT ATU: 1082
LEIT FAT: 1082

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

09/2017	23
08/2017	06
07/2017	09
06/2017	13
05/2017	13
04/2017	14
MEDIA:	13

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	14	14	10
COR APARENTE	14	14	8
CLORO RESIDUAL	14	14	14
COLIF. TOTALS	14	14	14
E. COLI	14	14	14

Qualidade de Água: www.carpesa.com.br

04/2017	14	Qualidade de Água: www.curitiba.com.br
MEDIA:	13	
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS		
(2) 305 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO		
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA		
(3) 305 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES		
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA		
		CONSUMO TOTAL(R\$)
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	8 M3	40,18
CONSUMO DE AGUA		2,05
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017		

5.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

VENCIMENTO: 14/11/2017

MESSAGE:

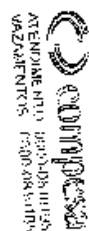
Boa Vista - CEP: 50.060-000 **42,23**
RECIFE-PE

REF ID: A66584



4283060500-7 4273001

VENCIMENTO: 14/12/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Glauco da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Amalco Manoel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.144.434 / 76 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Amalco Manoel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.144.434 / 76 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 <u>Rua da Alegria</u>		Número <u>377</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.700-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>05.802.4444-8886</u> / Telefone celular (DDD) <u>81</u> <u>3964</u>	

TRACÇÃO SEGUROS
DE SEGUROS LTDA

Amalco Manoel da Silva, 27 de Dezembro de 2011
Local e Data
02 JAN, 2013
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Glauco da Silva Coutinho
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, JOSE VITOR DA SILVA,
RG nº 8.408.733, data de expedição 06/11/2007,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 093.890.494-00, com
domicílio na cidade de Ororô, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
João Batista Ramos, nº 32,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Arnaldo Manoel da Silva cujo o condutor era
JOSE VITOR DA SILVA.

Veículo: motocicleta Honda CG 150 FAN ESI

Modelo: 2012

Ano: 2011

Placa: PEX-9880

Chassi: 9C2KC1670CR403449

Data do Acidente: 16/10/2017

Local e Data: Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017

X JOSE VITOR DA SILVA
Assinatura do Declarante

X JOSE VITOR DA SILVA
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório Sérgio Vasconcelos
Sócio Rômulo Vasconcelos - TABELAO

Rua Cordeiro Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55130-000
Tel (081) 2638-1510

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE VITOR DA SILVA.

Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017. Em test.

da verdade. JOSE CARLOS DA SILVA

REZENHA, ESCRIVÃO AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,49 - FEE: R\$ 0,39

- TCM: R\$ 0,70 - Total: R\$ 4,58 Selos

6077596.YFL11201701.00720 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL
Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Dr. **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

REG.: 488045



SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA ----- 20 SESSÕES
PARA GANHO DE ADM EM MÃO DIREITA
ACE.

Dr. Arnaldo Manoel da Silva
MÉDICO
CRM - PE 25.381

6/11/17

05.802.494/0001-43
TRACÇÃO CORRETIVA
DE SEGUROS LTDA
02 JAN. 2018
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, B.L. C
Boa Vista - CEP 51060-010
RECIFE-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

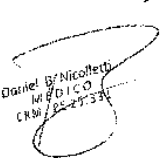
Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA** internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de 10/17 ao dia 16/11/17, para tratamento médico-hospitalar. Necessita (QUINZE) dias de afastamento das atividades habituais, para seguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S62.7

16/11/17



Daniel B. Nicotelli
MÉDICO
CRM 25.338

05.802.494/0001-4
TRACABO CORRENTINA
DE SEGUROS LTDA
02 JAN. 2018

Rua da Aurora, nº 175, S. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

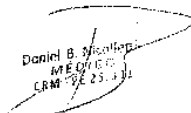
Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de 18/07/17 ao dia 16/11/17 para tratamento médico-hospitalar. Patologia CID 10: S62.7

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.



Daniel B. Nicotelli
MÉDICO
CRM 25.338

Recife, 16/11/17



 **HOSPITAL**
Getúlio Vargas
Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

PACIENTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA

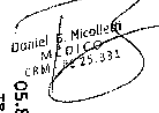
Uso Oral

Cefalexina 500mg 28 Comprimidos

Tomar 01 CP VO de 6/6h por 7 dias

CETAMOL 750 MG mg 01 caixa.

Tomar 01 CP VO de 6/6 h se dor ou febre


Daniel B. Nicolletti
MÉDICO
CRM 15.331

05.802.494/0001-4
TRACÃO CONCRETO
DE SEGUROS LTDA

02 JAN 2018

Rua da Aurora, nº 175, 51.903-910
Boa Vista - CEP: 50.064-110
RECIFE-PE

17

 **HOSPITAL**
Getúlio Vargas
Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

PACIENTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA

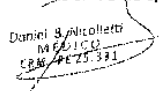
RX Uso Oral

1) Cefalexina 500mg 28 Comprimidos

Tomar 01 CP VO de 6/6h por 7 dias

2) PARACETAMOL 750 MG mg 01 caixa.

Tomar 01 CP VO de 6/6 h se dor ou febre


Daniel B. Nicolletti
MÉDICO
CRM 15.331

16/11/17



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: ARNALDO MANOEL DA SILVA		CARTÃO SUS:	
NOME DA MÃE:		Nº DO REGISTRO: 458095	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: C2	LEITO: 04	PESO: ALTURA: SEXO: ☐ F. ☐ M.
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE: 49		
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): FRATURA EXPERTA DE F2 EM 32 QDD + FRATURA FLEXORA DE			
COMORBIDADE: F2 DE Q2 e 32 QDD.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: INTENIMENTO / TPO CIRURGICO			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: 16, 17, 18		DATA DA ALTA: 16, 17, 18	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI. ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ HEMODIÁLISE ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ ☐ ☐ ☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS 16/17/18 LMC + REDUÇÃO + FIXAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO DE F2 EM 32 QDD + SURTIU + TALA MÉDICA. AMPLIADA REESTAB. COM SURTI DE CONJUNTO LÍNGUA E FALA.			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: CERAFLOXINA + DANTRON			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: ⊙ MECANO INICIAL			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: BOM CONDIÇÕES			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): # RETORNO COM 04 DIAS AG INSTRUÇÃO DE RE-ESTAB. (M.O.)			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente # FICHA DE ALTA + USO DE TALA MÉDICA + SURTI DE CONJUNTO LÍNGUA E FALA.			
16, 17, 18.			

Daniel B. Nicotelli
MÉDICO
CRM - PE 25.331

Seu 3078428



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

Nome: Antonio Moura Junior

Endereço: 914231

RECEBUEIRO

Examinando

Ata de nascimento (H64)

O nome, visto e

certificado em 11

de Janeiro de 2013.

3078428 por 90 (140,4)

644222-11

1101 Fome no 3 02 10

por 5

Bom Jardim, 16/10/11

Dr. Miguel R. de
Melo
Médico

05.802.494/0001-41
THAÇAO CORRETONA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





**HOSPITAL
DO VALE**
INSTITUTO VALE DO CARIBEIRAS EM
INOVAÇÕES EM EDUCAÇÃO E SAÚDE
CNPJ: 19.289.494/0001-02

Aramido Manoel da Silva
ATESTADO

ATESTO QUE O PACIENTE ARIANA G.
FORNADOR DE QUEIXA DE MÚLTIPLOS
FRATURAS NA MÃO D; ÚLTIMA DE
AQ DE TRANSITO EM 36/10/2017 e
TRATADO CIRURGICAMENTE EM OUTRO
SERVIÇO.

NO MOMENTO APRESENTA FIDELIZ
DO 2º, 3º, 4º e 5º dedos DE MÃO

Dr. José Wanderley da Siqueira
Traumato - Ortopedista
CRM - 11.74

Rua Severino Vasconcelos Aragão, 117 - José Fernandes Salsa
CEP: 55.700-000 - Limoeiro/PE - Fone: (81) 3628.0166 - Fax: (81) 3628.1317

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA

21 FEV. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
OFFICE DE



DIREITA, PARCIAL, LA/ENRINDO
EM DEBILIDADE PERMANENTE
DO MEMBRO COMPROMETIDO.

LIDOCENO 8102/18

Dr. José Wanderley Siqueira
Traumatologista
CRM 8024

PACIENTE EM ALTA MÉDICA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001061/18
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA
CPF: 021.114.434-76

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/10/2017
Titular do CPF: ARNALDO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

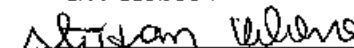
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24



Steffany Carolyn Lins Veloso

