



Número: **0023588-38.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RISOALDO DE ARAUJO SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56446805	14/01/2020 16:33	<a href="#">2612038_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00235883820198172001

**TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A**, 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 **RISOALDO DE ARAUJO 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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito tendo em vista que** o boletim de ocorrência somente foi elaborado um mês após o suposto acidente e que a parte autora não comprova qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a presença de invalidez permanente.


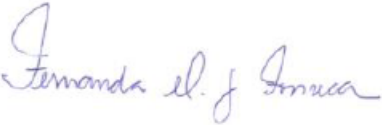
Assim, resta claro que os documentos juntados aos autos foram elaborados a partir do noticiado pela própria parte autora, produzidos de forma unilateral, incapazes de formar o convencimento do magistrado acerca da efetiva existência do sinistro, podendo a parte autora ter adquirido tais lesões em qualquer outra circunstância, imputando as mesmas ao suposto sinistro!

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.



Outrossim, ultrapassada a alegação consistente na ausência de nexo causal, cabe ressaltar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro inferior direito com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.362,50:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3180569390	Cidade: Vitória	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA	Data do acidente: 12/08/2018	Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
Data da análise: 17/12/2018				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>
<b>ESPECIALISTA</b>				
Empresa: Líder- Serviços AMD				
Grupo: EQ3				
Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA				
CRM: 533427				
UF do CRM: RJ				
Assinatura:				
				



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237

AGÊNCIA: 2373-6

CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

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

CLIENTE: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000610893-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2012201805000000000023701877000000610893236250 PAGO

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectada pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior direito com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no membro inferior direito com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma 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.

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.



Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que 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, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de janeiro de 2020.

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0023588-38.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RISOALDO DE ARAUJO SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56446806	14/01/2020 16:33	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

**celpe**  
Grupo Neoennergia  
[www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
**Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142**  
**Ouvidoria 0800 282 5599**  
**Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL**  
**0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos**  
**167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis**

**DADOS DO CLIENTE**

**GEOYANO GAILO BORRA**

CPF: 780.656.404-78

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIG HENRIQUE 222-B

**CENTROTIMBAUBA**

1. செய்துள்ள பணிகள் : 1. செய்துள்ள பணிகள் : 1. செய்துள்ள பணிகள் :

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cepsa.com.br](http://www.cepsa.com.br)

**DATA DE VENCIMENTO**

**15/10/2018**

TOTAL &amp; PACAS (RS)

**38.33**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
05/10/2018

05/10/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO  
05/10/2018

NÚMERO DA NOTIÇA: 5

034097717

**CONTA CONTRATO**

007004026599

N° DO CLIENT  
2001121529

Nº DA INSTALAÇÃO  
0005229397

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL**  
**Monofásico**

RESERVADO AL FOLIO 11

1607.9849.3085.84FF.34B1.4D0E.0602.FC1D

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KW/h)	63,00	0,7008006	63,00
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,20
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,10
ICMS Subvenção-CDE-UF 022761310-05/07/18			0,40
Relação de Unidade Consumidora			7,60
Multa por atraso-UF 026593674 - 06/08/18			1,30
Multa por atraso-UF 022761310 - 05/07/18			1,10
Juros por atraso-UF 026593674 - 06/08/18			0,70
Juros por atraso-UF 022761310 - 05/07/18			1,40
Mutuação IGPM-UF 026593674 - 06/08/18			0,40
Atividade Extra IGPM-UF 022761310 - 05/07/18			0,90
Devolução Pagamento em Duplicidade			55,90
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>38,30</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
71,25	25,00	17,81	71,25	0,94	0,45	71,25	2,05	2,12

Séries Aglutinadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Abundante	1,52x56103		100%
		OUT 14	
		SET 18	
		AGO 18	
		JUL 10	
		JUN 15	
		MAI 18	
		ABR 18	
		MAR 18	
		FEV 15	
		JAN 18	
		DEZ 17	
		NOV 17	
		OUT 17	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		<input type="checkbox"/>	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO A PARTIR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
						<input checked="" type="checkbox"/>			

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFRACADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Ag: 2218					
DURAÇÃO do Ponto sem Energia	TRIBALHA	1,00	5,15	12,30	24,60
NÚM de vezes sem Energia		0,00	2,42	5,85	13,70
DURAÇÃO máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	8,00	0,00
DURAÇÃO de interrupção sem o critério		Limite DURAÇÃO 12,22			
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 24,30					
Este Extrato pode sofrer alterações de acordo com as indicações DSC, PSC, DMS e DMSA que ocorrerem.					

INFECTIQUES IMMUNIANES

Pague no ponto mais perto de você: comércios, bares e restaurantes próximos ao centro comercial alvino: reconhecimento aos moradores da favela 71 anos.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

O cliente é compensado quando há violação no cumprimento do atendimento individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEEL, Junho 1º e 14/2012) e situação monetária no prox. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAGUE AGU

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007004026599	10/2018	38,33	15/10/2018

**TALÃO DE PAGAMENTO**

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Dyane Karla Guedes P. Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.614 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosaldo de Araujo Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 046.024.324 / 73 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rosaldo de Araujo Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 046.024.324 / 73, 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	Rua <u>Ignácio Henrique</u>		Número	<u>222</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Timbautra</u>	Estado	CEP	<u>55810-000</u>
E-mail	<u>myassessoria@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(81)999113-7889</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(81)99933-7242</u>

Timbautra 30 de Outubro de 2018  
Local e Data

Dyane Karla Guedes Pereira Silva  
Assinatura do Declarante

OLDR.L001 V001/2017





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Jose de Oliveira,  
RG nº 6238069, data de expedição 28/01/1998  
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 038.912.654-56, com  
domicílio na cidade de Viçinha, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua do Campo, Para/Bairro, Taguatinga, nº 50,  
complemento cora, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Rosaldo de Oliveira Silva, cujo o condutor era  
Rosaldo de Oliveira Silva  
Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda CG 125 FAN  
Ano: 2009  
Placa: KJW 9895  
Chassi: 9C25C4M09R034952  
Data do Acidente: 12 de Agosto de 2018  
Local e Data: Viçinha, 13/09/2018

Claudio Jose de Oliveira  
Assinatura do Declarante

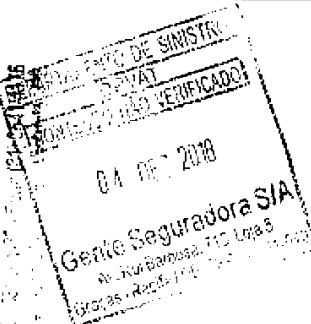
autenticado

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS  
TITULAR: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO  
Telefone: (81) 36511-176  
Reconheço a firma por Autenticação da: CLAUDIO JOSE DE  
OLIVEIRA. Em Testemunho (MP) da verdade: dou fé.  
Vicência: de Lima Silva - Substituta do Tabelião e Oficial. Maria Rosalinda  
Emolumentos R\$ 3,59, TRNS R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 to  
Selo: 0076786.EAV08201801.01379 13/09/2018 15:55:07  
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

PE

Público  
Subst  
Subst  
Subst





Sec. Munic. Pat. de Saúde

SAÚDE DE VITÓRIA

PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N. 19.633

Em 12 de Agosto de 2015, Hora: 10:40

Nome: Marcelo de Jesus Silva

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

DN: 25/05/83 Idade: 32,2 Estado Civil: casado

Endereço: Imaquin

Cidade: Vitória Fone: \_\_\_\_\_

Cartão do SUS: \_\_\_\_\_ Filiação: Maria de Jesus de Jesus Silva

Queixa Principal: Fractura de fêmur após queda de moto.

Exame Físico: ext. de a. med. de fêmur do quadril e fêmur superior de

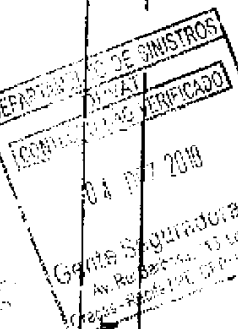
Pressão Arterial = X Temperatura = \_\_\_\_\_ Oximetria = HGT= 133 HtD

Prescrição Médica: 1) Analgesia: Normal 01 amp + 100ml SF09/ EVAGELA

2) Transfusão pl HbV (Acaume) S/n: 5489168

Auxiliar de Enfermagem

Médico



CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS  
Tribunal: TRIBUNAL DO JUIZADO DE 1ª INSTÂNCIA  
Telefone: (41) 3411-116

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel da original, em teste da verdade, do J. de Vitória  
Silva, Substituto, Maria Rosalinda de Lima

Selo: 0076786-UT068201801-01216 06/09/2013 16:13:08  
Documento: 0076786-UT068201801-01216 06/09/2013 16:13:08

SEMPRE COM A NOSSA ATENÇÃO  
André Carlos de Jesus - Tatu Público  
Marta Rosalinda de Lima Silva - Subst.  
José Carlos de Souza - Subst.  
José Carlos de Souza - Subst.  
José Carlos de Souza - Subst.



LUCAS DUARTE ARAUJO SILVA		31093470	
541082	MASCULINO	31/01/1993	CLINICA ODONTOLÓGICA

## Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA TRAUMATO

1. Paciente

1.1. Paciente com diagnóstico de fratura fechada da tíbia direita, com fragmentos deslocados e com perda de continuidade da cortical, evoluindo com fratura fechada da tíbia direita.

2. Exame

2.1. Exame físico: fratura fechada da tíbia direita, com fragmentos deslocados e com perda de continuidade da cortical, evoluindo com fratura fechada da tíbia direita.

3. OBS.

3.1. Paciente com retorno ao Ambulatório do Trauma em 7 dias, a partir de hoje, sem necessidade de medicação. Receita de Cefalexina 500mg, 6/5h, por 10 dias e sintomáticos. Solicitação de RX novo para avaliação da consolidação e um par de míletas canadenses e solicitação de RX novo para avaliação da consolidação.

4. Exame físico (no momento da Alta)

4.1. Exame físico: fratura fechada da tíbia direita, com fragmentos deslocados e com perda de continuidade da cortical, evoluindo com fratura fechada da tíbia direita. Amplitude de movimento de flexão e extensão da articulação do joelho preservada.

DATA DA INTERNAÇÃO

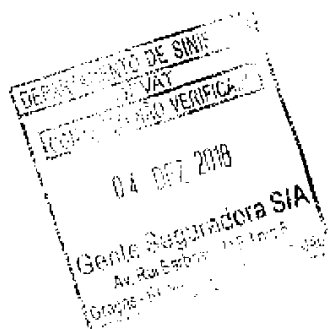
DATA DA ALTA

04/07/2018

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Dra. Hanna Emile  
Médica  
CREMEC 9884 / CRM-PE 26633

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA RUIZ



HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordão - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600



Dr. RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CRM-PE 17984 / CRM-PE 28633

### ATESTADO MÉDICO

Muito para os devidos fins, que o **RISOALDO DE ARAUJO SILVA, 35 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço no dia 04/09/2018 ao dia 04/09/2018 para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de tratamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico a partir da data de hoje.

CID 10: S 72.3

Dr. Hanna Emile  
Médica  
CRM-PE 17984 / CRM-PE 28633

Recife, 04/09/2018

Dr. RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CRM-PE 17984 / CRM-PE 28633

### LAUDO MÉDICO

Muito para os devidos fins **RISOALDO DE ARAUJO SILVA, 35 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço no dia 04/09/2018 ao dia 04/09/2018 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S 72.3

Dr. Hanna Emile  
Médica  
CRM-PE 17984 / CRM-PE 28633

Recife, 04/09/2018

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





EDUARDO DE ARAUJO SILVA		01007079	
61.681	MASCULINO	24/01/1977	CLINICA ORTOPEDIA

**Relatório de Alta Hospitalar**  
ORTOPEDIA TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE HUMERO DIREITO - FEMUR DIREITO  
FRATURA DE ULNA E RADIOLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA FECHADA DIAPHRAGMÁTICA

TRATAMENTO: POSIÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM TIBIA DIREITA  
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

OBS:

ALTA COM RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 7 DIAS, A PARTIR DE HOJE, SEM FARMACOS. RECEITA DE CEFALEXINA 500MG, 6/6H, POR 10 DIAS E SINTOMÁTICOS. SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA TIBIA E ULNA.

Observações (no momento da Alta)

ALTA RESPONSÁVEL SEM QUEIXAS NO MOMENTO. DIURESE ESPONTÂNEA.  
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO DE CERCA DE 90°

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA ALTA

14/01/2020

Dra. Hanna Emile

Médica

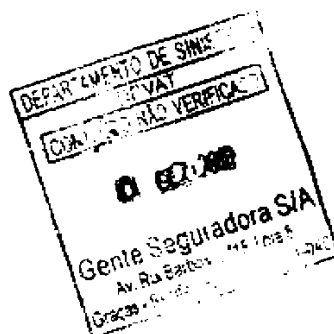
CREMESP 17984 / CRM-PE 20833

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NUNES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

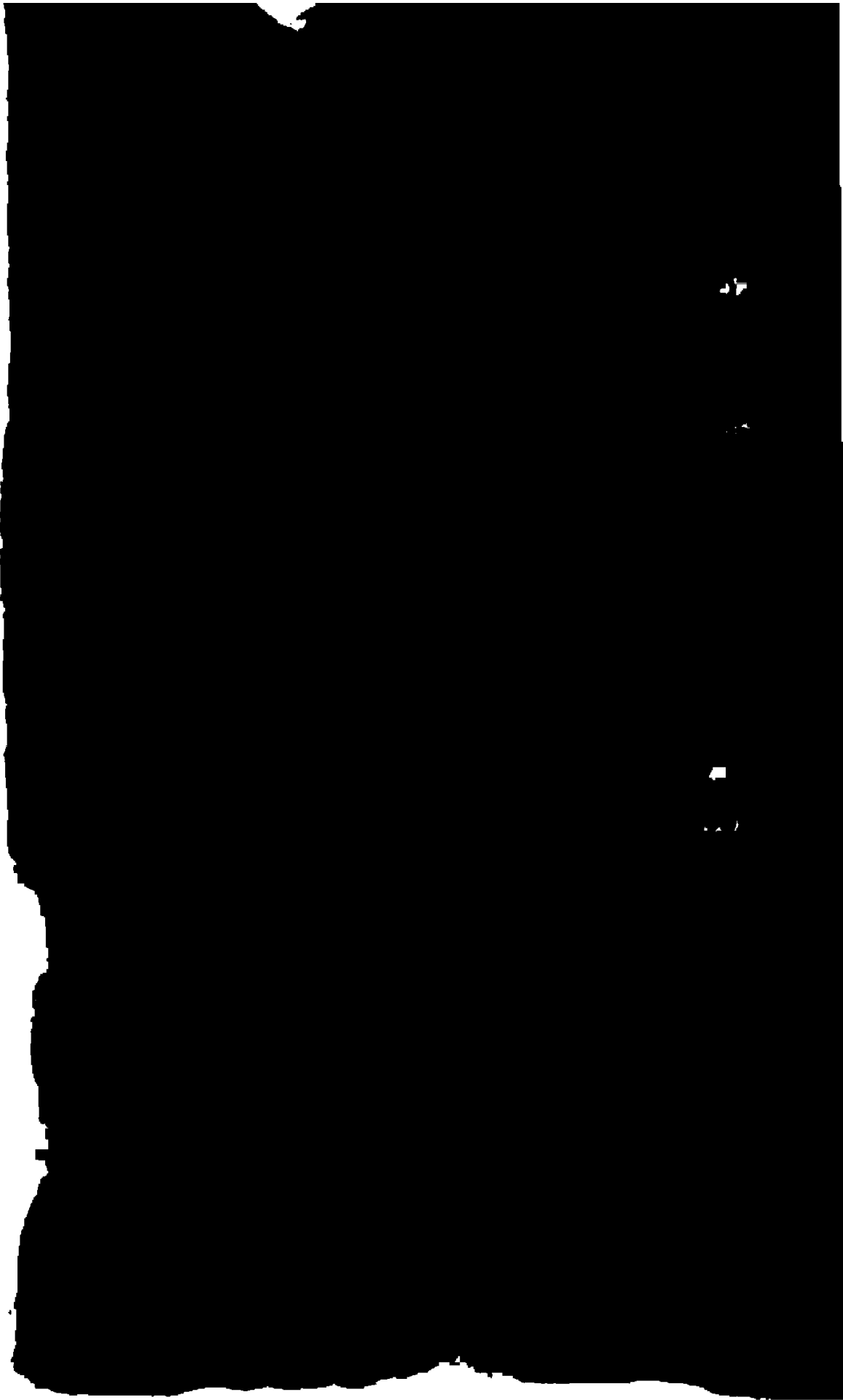
17 DEZ 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gál. San Martín, S/N - Cordão - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (31) 3184-5600





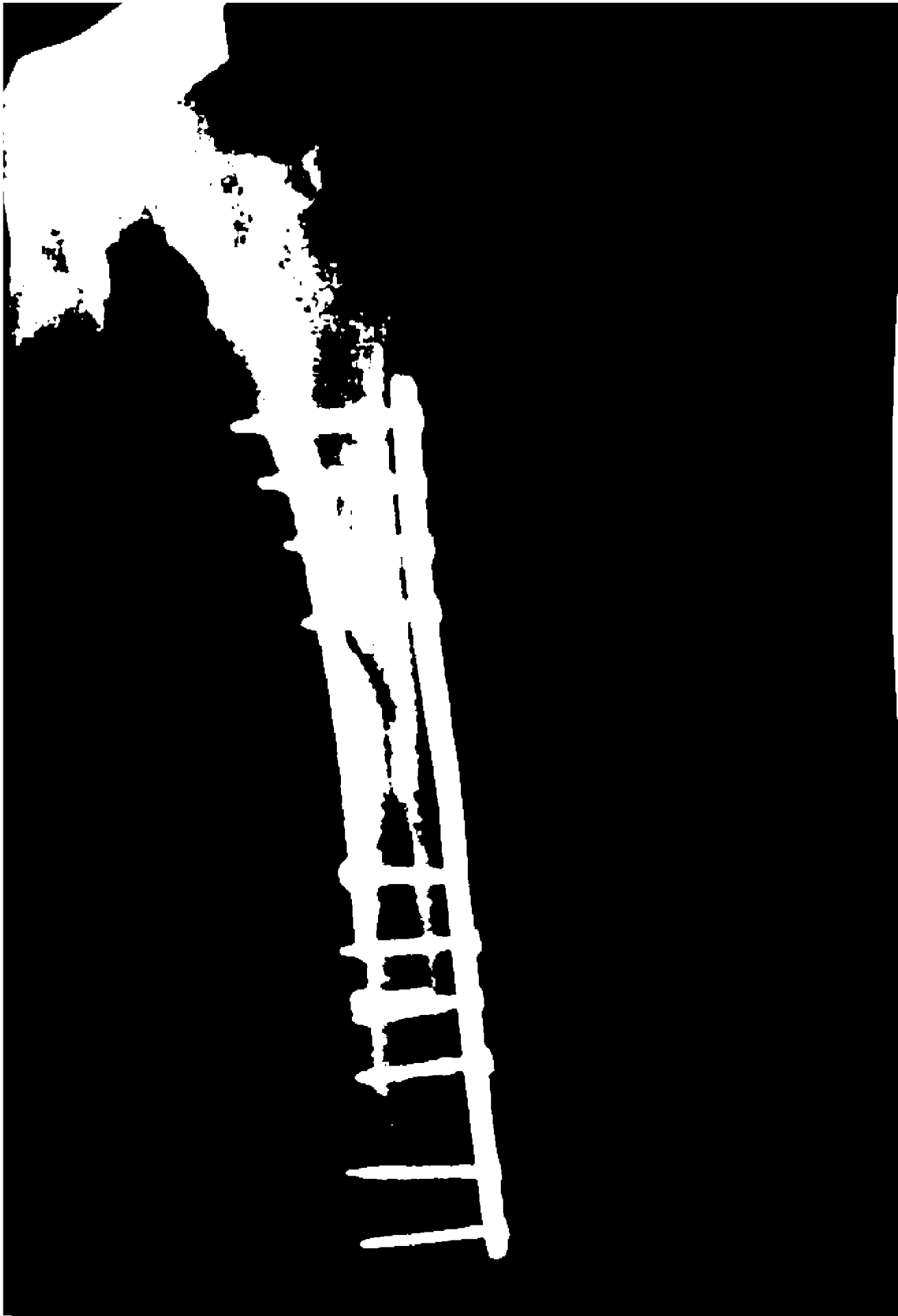
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:33:34  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416333404800000055529841>  
Número do documento: 20011416333404800000055529841

Num. 56446806 - Pág. 10





EDUARDO DE ARAUJO SILVA		01007079	
61.681	MASCULINO	24/01/1977	CLINICA ORTOPEDIA

**Relatório de Alta Hospitalar**  
ORTOPEDIA TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE HUMERO DIREITO

FRATURA DE ULNA E RADIOLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA FECHADA DIAPHRAGMÁTICA

TRATAMENTO: POSIÇÃO DE TRACÇÃO TRANSTIBIAL EM TIBIA DIREITA

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

OBS:

ALTA COM RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 7 DIAS, A PARTIR DE HOJE, SEM FARMACOS. RECEITA DE CEFALEXINA 500MG, 6/6H, POR 10 DIAS E SINTOMÁTICOS. SOLICITAÇÃO DE RX NOVO PARA O JOELHO DIREITO DE UM PAR DE MULETAS CANADENSES.

Exame físico (no momento da Alta)

JOELHO DIREITO SEM QUEIXAS NO MOMENTO. DIÁLISE ESPONTÂNEA.

AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO DE CERCA DE 90°

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA ALTA

24/01/2018

14/01/2018

Dra. Hanna Emile

Médica

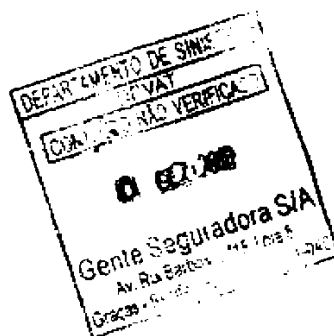
CREME-10984 / CRM-PE 20833

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NUNES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

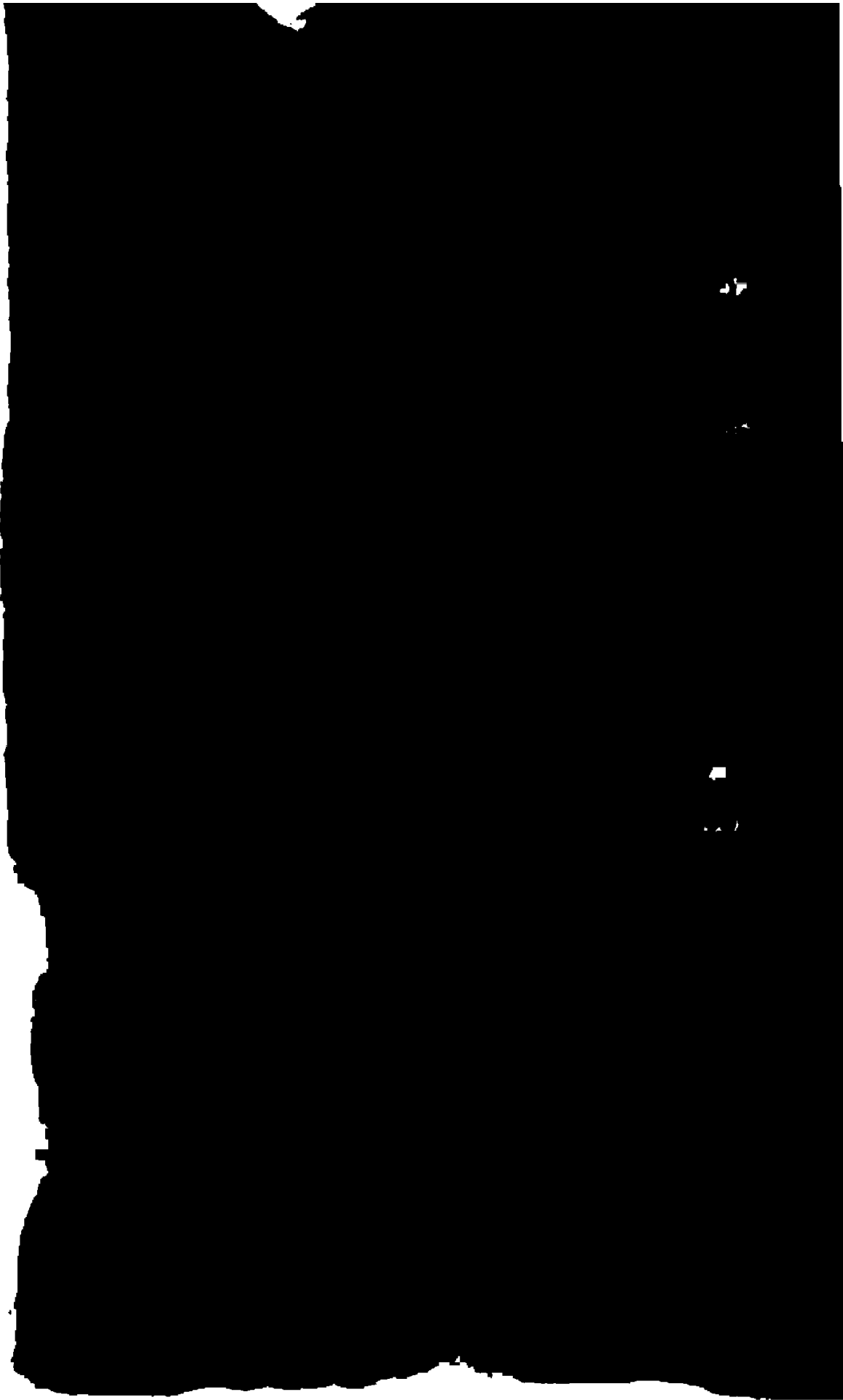
17 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gál. San Martín, S/N - Cordóbio - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (31) 3184-5600





Scanned by CamScanner



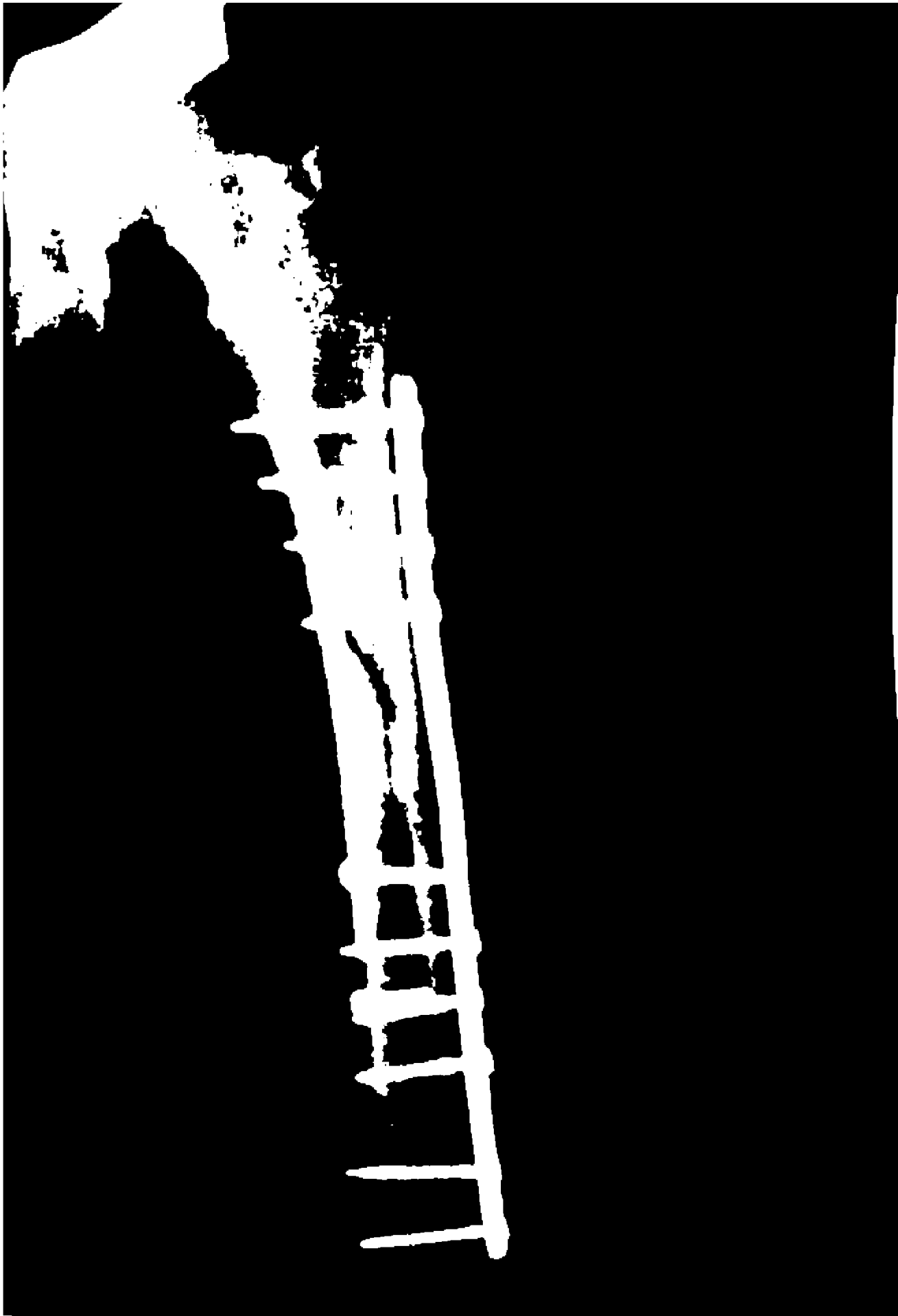


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:33:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416333404800000055529841>  
Número do documento: 20011416333404800000055529841

Num. 56446806 - Pág. 13



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 16:33:34  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011416333404800000055529841>  
Número do documento: 20011416333404800000055529841

Num. 56446806 - Pág. 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS PESSOAS  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**REGISTRO DE ARACIO SILVA**

**DO CONTROLE DE DOCUMENTOS**  
 1301685981

**IDENTIFICAÇÃO**  
 046.026.306-73  
 25/05/1982

**GOVERNADOR DO ESTADO**  
 ARACIO DE OLIVEIRA  
 MARIA JONES DE ARACIO  
 A SILVA

**PROFISSIONAL**  
 021275845  
 25/05/2012  
 07/01/2004

**OPERAÇÕES**  
 Estado Atual Registrada

**Assinatura**  
 Aracido Silva

**Assinatura**  
 20060210668  
 070725845

**DETRAN - PE PERAMANGUÁ**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 04 DEZ 2018  
 Genta Seguradora S/A  
 A Rua Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Grapós - Recife - PE 51041-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 03 DEZ 2018  
 Genta Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Recife - PE





SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE MA. PRESTIGE OUPOR SUA CARRO A PESSOAS TRANSPORTADAS OUNAO SEGURO DPVAT

— VISA — COB RENOVAR — P. 114 C — EMBARCACAO —

1	142706418	*****	2018
---	-----------	-------	------

CLAUDIO JOSE DE OLIVEIRA

# WELCOME TO THE

PLACA  
R05B895

\*\*\*\*\*  
APR 9 10 58 AM '76  
FBI - NEW YORK

COMBUSTIBLE  
/MOTOCICLISTA/

VERSION / MODEL	ANFALL	ANF. RECH.
IMA/CC 125 TAN K5	2009	2009

CAP-POI-CL	CATEGORIA	COR-PREDOMINANTE
124CL	PARTIC	PRIMA

COPIA UNICA - YENC CETA UNICA - YENC / COJAS  
ALFVA 2018 CORTADO To \*\*\*\*\*

FAKDALIPNA	PLACE HERE FOR NOTES	2	*****
		3	*****

	DE GR	PRELLO TOTAL (R)	ITALIA CEMENTI
GRUPPO PACO			

## RESUME

**SECRET**

18/02/18

**DISTRICT GENERAL DISTRICT/198**

PE Nº 013932309510 BILHETE DE SEGURO PRIVAT  
CLAUDIO JOSE DE OLIVEIRA

**CASA VICTIM CENTER**

25850-002

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

**www.seguradoralider.com.br**

**SAC-BPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 18/02/18

038.412.654-56	GPB / CNPJ	PLACA
----------------	------------	-------

<b>1.43706418</b> <b>PENAYAMA</b>	<b>MARCA / MODELO</b> <b>HONDA/CG 125 PAN KEN</b>
--------------------------------------	--

REC'D  
2009  
09  
NY CLASS  
9C2JC41109R0349522

**PREMIO TARIFARIO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

OSIDORCHISTE 681	101-145	101-145
SENGUO P.1453	101-145	101-145

<input type="checkbox"/> COTTON	<input type="checkbox"/> PORCELAIN	
---------------------------------	------------------------------------	--

## SEGUIMADONA LIDER - PRIVAT

Case# 02-P-000001-24

~~THESE ARE THE PORTS OF CALL~~

SECCION DE SINISTROS  
EXP/AT  
VERIFICADO

04 Feb 2018

Seguros Seguros



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390

Cidade: Vicência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

Data do acidente: 12/08/2018

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

### ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390

Cidade: Vicência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

Data do acidente: 12/08/2018

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569390

Cidade: Vicência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

Data do acidente: 12/08/2018

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

### 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



## PROCURAÇÃO

Outorgante Risoldo de Araujo Silva, brasileiro(a), estado Civil casado, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua 15 de Novembro, nº 41, bairro Trigueiros, Município de Vicência, Estado PE, Cep 55850-000, Rg nº 6464290, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 046.024.304-73

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a)

Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto a qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Risoldo de Araujo Silva, ocorrido em 12/08/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Timbaúba, 30 de Outubro de 2018

Risoldo de Araujo Silva

Outorgante

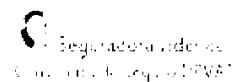
SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS - PE  
André Cesário de A. Neto - Sub. Público  
Maria Rosalinda de Lima Silva - Subst.  
José Cavalcante de Souza - Subst.  
CNPJ/MF: 11.326.752/0001-30 - Fone: (81) 3641-1176  
Rua Oliveira Estrela, 111 - Centro - Recife - PE

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS  
Titular: ANDRÉ CESÁRIO DE ALMEIDA QUEIROZ NETO  
Telefone: (81) 3641-1176

Reconheço a firma por Autenticidade de: RISOLDO DE ARAUJO SILVA. Em testemunho da verdade: dou fé.  
Vicência: Maria Rosalinda de Lima Silva Substituta do Tabelião e Oficial.  
Emolumentos R\$ 3,59, TRNS R\$ 0,20, FERC R\$ 0,40 to: 12/08/2018  
Selo: 0076786.TCC08201801.01685 18/09/2018 10:03:31  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.br/portal/autenticidade](http://www.tjpe.br/portal/autenticidade)

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437569/18

**Vítima:** RISOALDO DE ARAUJO SILVA

**CPF:** 046.024.304-73

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 12/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RISOALDO DE ARAUJO 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

#### AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

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

#### RISOALDO DE ARAUJO SILVA : 046.024.304-73

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018  
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA  
CPF: 009.847.614-97

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

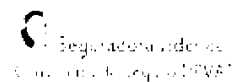
Data do cadastramento: 04/12/2018  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437569/18

Número do Sinistro: 3180569390

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CPF: 046.024.304-73

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/08/2018

Titular do CPF: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

CPF de: Próprio

### 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/12/2018  
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA  
CPF: 009.847.614-97

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Marta Marinho dos Santos



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **RISOALDO DE ARAUJO SILVA**

Nº Sinistro: **3180569390**  
Vítima: **RISOALDO DE ARAUJO SILVA**  
Data do Acidente: **12/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569390**.

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 13683315

Pag. 00043/00044 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020022





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

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569390

Vítima: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RISOALDO DE ARAUJO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01779/01780 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050890



Carta nº 13694962





**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 AS:

CPF da Vítima

046.024.304-73

Nome completo da vítima

Ricardo de Araujo Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Ricardo de Araujo Silva

CPF titular da conta

046.024.304-73

Profissão

Motorista

Endereço

Rua 15 de Novembro

Número

41

Complemento

Casa

Bairro

Aguiar

Cidade

Vicência

Estado

PE

CEP

55850-000

E-mail

mejorseraia@gmail.com

(81) 99933-7242

Telefone (DDD)

(81) 99933-7889

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

BRADESCO

AG

1237

AGÊNCIA

001

CV

CONTA

000

CV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

1877

CV

CONTA

0610893

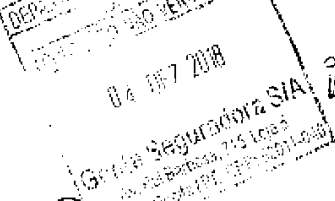
CV

18

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.



Vicência, 30 de Outubro de 2018

Lugar e Data

Ricardo de Araujo Silva

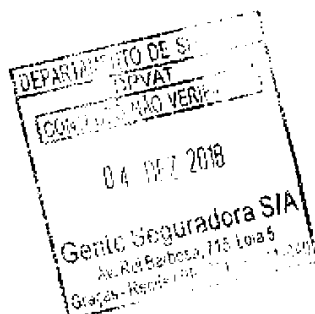
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPEF-001 V001/2017







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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Rosaldo de Araújo Silva CPF da Vítima: 046.024.304-13 Data do Acidente: 12/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF do Representante legal: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): \_\_\_\_\_

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

Assinar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Imbuira 30 de Setembro de 2018  
Local e Data

Rosaldo de Araújo Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALT 001 V001/2017





Sec. Munic. Pat. de Saúde

SAÚDE DE VITÓRIA

PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N. 19.633

Em 12 de Agosto de 2015. Hora: 10:40

Nome: Francisco de Assis Silva

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

DN: 25/05/83 Idade: 32,2 Estado Civil: casado

Endereço: Imaquinado

Cidade: Vitória da Conquista Fone: \_\_\_\_\_

Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

Filiação: Maria de Jesus de Assis Silva

Queixa Principal: Fractura de fêmur após queda de moto.

Exame Físico: ext. de a. med. e de a. sup. do quadril e de a. sup. do braço de

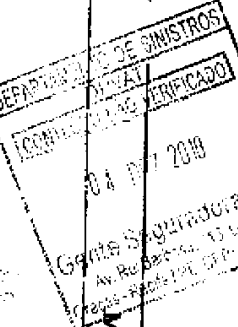
Pressão Arterial = X Temperatura = \_\_\_\_\_ Oximetria = HGT= 133 HtD

Prescrição Médica: 1) Analgésico: Normal 01 amp + 100ml SF09/ EVAGADA

2) Transfusão de pl HbV (Acambe) S/n: 5489168

Auxiliar de Enfermagem

Médico



CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS  
Tribunal: ANTONIO CRISTIANO DA ALBUQUERQUE NETO  
Telefone: (71) 3611-1176

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel da original, em teste da verdade, do Sr. Vitorino da Silva Substituto, Maria Rosalinda de Almeida

Selo: 0076786-UT068201801-01216 06/09/2015 16:13:08  
Documento: 2001141633340480000005529841

SF (Vitorino da Silva Substituto) - Tatu Público  
André Carlos de Almeida - Tatu Público  
Maria Rosalinda de Almeida - Subst.  
José Carlos de Almeida - Subst.  
Vitorino da Silva Substituto - Tatu Público



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RISOALDO DE ARAUJO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

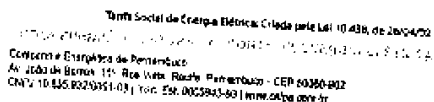
CONTA: 000000610893-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2012201805000000000023701877000000610893236250 PAGO





File # 07-60297-PHY-01

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
CHICAGO, ILL.  
60637

**WILLIAMS**

09/2018

08/10/201

45,66

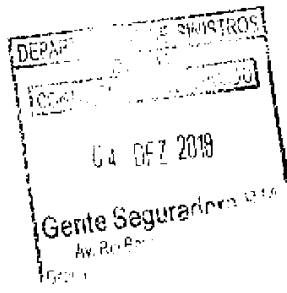
[illegible]

TOTAL CAPABLES

Nº DO MEDIDOR	PRO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AUMENTO	CONSUMO POR M3
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
140134	Em	27/06/2012	29-12-30	04/06/2013	10-30-52	39	10700		300

Partido	Porcentagem dos votos	Porcentagem dos deputados eleitos
PT	34,1%	30,0%
PMDB	24,3%	24,0%
PSDB	18,7%	18,0%
PFL	10,0%	10,0%
PPB	5,0%	5,0%
PPS	4,0%	4,0%
PSC	3,0%	3,0%
PSB	2,0%	2,0%

1. Prüfungsausschuss (Prüfungsausschuss) ist ein kollegiales Gremium, das aus Lehrern und Studenten besteht. Es ist für die Organisation und Auswertung der Prüfungen zuständig.



CONSUMO MENSAL	VALOR ANUNCIADO POR LITRO	LITROS RECEBIDOS	LITROS FOMENTADOS	LITROS COMBUST.	TENSÃO NORMAL (V)		
					VALOR	1977	1978
20	0,08	9,58	10,10	20,0	100	100	100
40	0,02	2,02	6,80	15,75			
60	0,03	3,00	2,00	8,00			

CONTA CONTRATO 838300000000 DATA DE VENCIMENTO 14/09/2018 TOTAL A PAGAR 750,00 45,68

