



Número: **0021090-66.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE VANDERLEY DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56448380	14/01/2020 17:07	2616983_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00210906620198172001


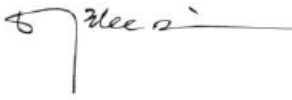
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE VANDERLEY DA SILVA**, em trâmite perante este Douto 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.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou fratura do complexo zigomático esquerdo, enquadrando a lesão no segmento de órgãos e estruturas crânio-faciais em grau residual (10%) , efetuando o pagamento no valor de R\$1.350,00:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA																		
DADOS DO SINISTRO																		
Número: 3180136498	Cidade: Cachoeirinha	Natureza: Invalidez Permanente																
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA	Data do acidente: 16/07/2017	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A																
PARECER																		
<p>Diagnóstico: Fratura do complexo zigomático esquerdo.</p> <p>Descrição do exame: Vítima se queixa de cefaleia, episódios de epistaxe, obstrução nasal, tontura e anestesia em hemiface esquerda</p> <p>médico pericial: (superior). Ao exame, apresenta cicatriz na hemiface esquerda.</p> <p>Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos. Recebeu alta definitiva.</p> <p>Sequelas permanentes: Dano cranio facial</p> <p>Sequelas: Com sequela</p> <p>Data da perícia: 16/04/2018</p> <p>Conduta mantida:</p> <p>Observações:</p> <p>Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira</p> <p>CRM do médico: 19953</p> <p>UF do CRM do médico: PE</p>																		
DANOS																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</th> <th>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</th> <th>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</th> <th>% Apurado</th> <th>Indenização pelo dano</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital</td> <td>100 %</td> <td>Em grau residual - 10 %</td> <td>10%</td> <td>R\$ 1.350,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Total</td> <td>10 %</td> <td>R\$ 1.350,00</td> </tr> </tbody> </table>	DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano	Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00	Total			10 %	R\$ 1.350,00			
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano														
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00														
Total			10 %	R\$ 1.350,00														
PRESTADOR																		
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA																		
<p>Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO</p> <p>CRM do médico: 52.18145-0</p> <p>UF do CRM do médico: RJ</p> <p>Assinatura do médico:</p> 																		

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 segmento de órgãos e estruturas crânio-faciais com repercussão leve (25%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no segmento de órgãos e estruturas crânio-faciais com repercussão residual (10%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão leve (25%), uma diferença gradual de 15%.

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.

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



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\$ 1.350,00 (mil, trezentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 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





Número: **0021090-66.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE VANDERLEY DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56448 381	14/01/2020 17:07	ANEXO 1	Outros (Documento)



ENGENHEIRO DA UNIDADE CONSTRUTIVA

LQ TERRA JOSE AGUIAR 10/1-08-B

LOTTO TERRA JOSE ADRIANO CAHOOR
CACHOEIRINHA PE
5539-001

009615287	UNCA	301572211
009615288	UNCA	301572212
301472817	201121-858	54C287

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Computador (100%)	200,000000	3,70148000	740,29
Acabamento: Bandeira MARVELA			5,01
Acabamento: Fronteira YAPRESLON			13,95
Carroceria: Super Ação Plástica			12,78
CMS: Invenção CDE-01 00066345-200617			-2,57
Motor: Nissan 1.6 00066345-200617			3,72
Arroz: 100kg 00066345-200617			1,01
Arroz: 100kg 00066345-200617			9,00

3192

Nº DO REGISTRO	RNG DO FUNDADO	ANTIGO		ATUAL		Nº DO DATA	SUSCITAÇÃO	SUSCITE	COMISSÃO
		INCA	LEITURA	DATA	LEITURA				
01344628	CAT	20-06-2017	20-06-2017	20-06-2017	20-06-2017	20			2017

[illegible]

CONFIDENTIAL

100% FRESH FISH DELIVERED TO YOUR DOOR

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

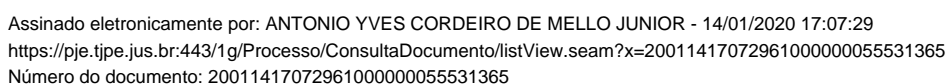
Comprehensive Income Statement (Income Statement)					
Year	Revenue	Cost of Sales	Gross Profit	Operating Expenses	Net Income
2010	100,000	60,000	40,000	25,000	15,000
2011	120,000	70,000	50,000	30,000	20,000
2012	150,000	85,000	65,000	35,000	30,000
2013	180,000	100,000	80,000	40,000	40,000
2014	200,000	110,000	90,000	45,000	45,000
2015	220,000	120,000	100,000	50,000	50,000
2016	240,000	130,000	110,000	55,000	55,000
2017	260,000	140,000	120,000	60,000	60,000
2018	280,000	150,000	130,000	65,000	65,000
2019	300,000	160,000	140,000	70,000	70,000
2020	320,000	170,000	150,000	75,000	75,000
2021	340,000	180,000	160,000	80,000	80,000
2022	360,000	190,000	170,000	85,000	85,000
2023	380,000	200,000	180,000	90,000	90,000
2024	400,000	210,000	190,000	95,000	95,000
2025	420,000	220,000	200,000	100,000	100,000
2026	440,000	230,000	210,000	105,000	105,000
2027	460,000	240,000	220,000	110,000	110,000
2028	480,000	250,000	230,000	115,000	115,000
2029	500,000	260,000	240,000	120,000	120,000
2030	520,000	270,000	250,000	125,000	125,000
2031	540,000	280,000	260,000	130,000	130,000
2032	560,000	290,000	270,000	135,000	135,000
2033	580,000	300,000	280,000	140,000	140,000
2034	600,000	310,000	290,000	145,000	145,000
2035	620,000	320,000	300,000	150,000	150,000
2036	640,000	330,000	310,000	155,000	155,000
2037	660,000	340,000	320,000	160,000	160,000
2038	680,000	350,000	330,000	165,000	165,000
2039	700,000	360,000	340,000	170,000	170,000
2040	720,000	370,000	350,000	175,000	175,000
2041	740,000	380,000	360,000	180,000	180,000
2042	760,000	390,000	370,000	185,000	185,000
2043	780,000	400,000	380,000	190,000	190,000
2044	800,000	410,000	390,000	195,000	195,000
2045	820,000	420,000	400,000	200,000	200,000
2046	840,000	430,000	410,000	205,000	205,000
2047	860,000	440,000	420,000	210,000	210,000
2048	880,000	450,000	430,000	215,000	215,000
2049	900,000	460,000	440,000	220,000	220,000
2050	920,000	470,000	450,000	225,000	225,000
2051	940,000	480,000	460,000	230,000	230,000
2052	960,000	490,000	470,000	235,000	235,000
2053	980,000	500,000	480,000	240,000	240,000
2054	1,000,000	510,000	490,000	245,000	245,000
2055	1,020,000	520,000	500,000	250,000	250,000
2056	1,040,000	530,000	510,000	255,000	255,000
2057	1,060,000	540,000	520,000	260,000	260,000
2058	1,080,000	550,000	530,000	265,000	265,000
2059	1,100,000	560,000	540,000	270,000	270,000
2060	1,120,000	570,000	550,000	275,000	275,000
2061	1,140,000	580,000	560,000	280,000	280,000
2062	1,160,000	590,000	570,000	285,000	285,000

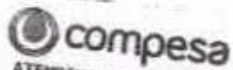
05.802.494/0001-47
TRAÇÃO CORRETORA
DE RECURSOS LTDA.

26 MAR 2013

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

95 CMT-20





ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NBR. - 80069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

CNPJ 08.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE
GENTIL ALVES ALMEIDA
R JOSE PEDRO DA SILVA, N. 00081 - CENTRO CACHOEIRINHA PE 55380
INSCRIÇÃO: 031.838.558-0049.340 GRUPO: 2 DER. AUTOMÁTICO: 004608851
MATRÍCULA: 4630351 Dez/2017

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	SITUAÇÃO DE REGISTRO COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
11/06/2017	24/11/2017	23/12/2017	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 571
LEIT ATU: 580
LEIT FAT: 580

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

11/2017	02
10/2017	09
09/2017	08
08/2017	12
07/2017	08
06/2017	07
MEDIA:	08

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS	
	EXTG. PORT. Nº 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.
TURBIDEZ	38	38
COR APARENTE	38	38
CLORO RESIDUAL	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38
E. COLI	38	38

QTD.: (1) COLIFÓRMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
2205 PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
3705 PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
ÁGUA
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 11/2017

CONSUMO	TOTAL (R\$)
9,18	40,18
	0,83

40,18	1,65	0,68
40,18	7,60	12,05

VENCIMENTO: 05/01/2018

MENSAGEM:

TOTAL A PAGAR: 41,01

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jemival Alves de Almeida inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.904 / 50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Vanderley da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.974.244 / 03 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Jose Vanderley da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.974.244 / 03 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor 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 Jose Pedro da Silva</u>		Número: <u>81</u>	Complemento: <u>Enda</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Cachoeirinha</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55350-000</u>
Email:		Telefone comercial(DDD): <u>9928-6730</u>	Telefone celular (DDD): <u>7909-9238</u>

Cachoeirinha 05 de março de 2018
Local e Data

Jemival Alves de Almeida
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Valderleia da Silva
RG: 7459801, data de expedição 30/11/2011
Órgão SASPE, portador do CPF 077.177.224.61, com
domicílio na cidade de Cachoeirinha, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua José Rubens Baumundo, nº 18,
complemento casca, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Jose Valdeley da Silva
cujo o conduto era Maria Valderleia da Silva

Veículo: moto

Modelo: Honda Biz 125 cor prata

Ano: 2016 2016

Placa: PEJ 8939

Chassi: 9e2. de 4830 GR 2130 27

Data do Acidente: 16.07.2017

Local e data do cartório: Cachoeirinha

Maria Valderleia da Silva

Assinatura do Declarante

Maria Valderleia da Silva

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

05.802.494/0001-45
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

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

DOCUMENTO
ORIGINAL

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA

Assessor: MARIA LUCIA VALENÇA MELLO E SILVA / Assessor: DINA LUCIA CORDEIRO DA SILVA DE MELLO

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA VALDERLEIA DA SILVA

SILVA: dou fé. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 01/02/2018

15:06:36. Selo(s) 0076435.CRM10201702.00677. Consulte autenticidade

em: www.tjpe.jus.br/selodigital. E-mail: id 3,39 - 104 R\$ 0,80 -

FECHA R\$ 0,40

la Valença Mello e Silva - Tabelião

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:07:29

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417072961000000055531365

Número do documento: 20011417072961000000055531365

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE VANDERLEY DA SILVA
Data Nasc.: 21/02/1980 Idade: 37 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 704805563405949
Endereço: TRAV VALERIANO ALVES N°: 27
Bairro: CENTRO Cidade: CACHOEIRINHA Estado: PE
CEP: 55390000 Fone: 79099238 Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ODONTOLOGIA E TRAUM B.M.F

Atendimento: 337851

Prontuário: 301874

2 - ATENDIMENTO

Data: 16/07/2017 21:09

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Volta de dor de cabeça insuportável, surge em
pulsos de 10 em 10 segs, dor de base e
na nuca de musculatura. Alargado

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Obtenção espontânea na região cervical e
região occipital, dor de base e musculatura
na nuca. Dor de base e musculatura na nuca.

Diag. Provisório:

Tensão de dor de cabeça

16.07.17
1. Dor de cabeça
2. Dor de base e musculatura na nuca

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

1. Dor de cabeça
2. Dor de base e musculatura na nuca
3. Dor de base e musculatura na nuca

1. Dor de cabeça
2. Dor de base e musculatura na nuca
3. Dor de base e musculatura na nuca
4. Dor de base e musculatura na nuca
5. Dor de base e musculatura na nuca
6. Dor de base e musculatura na nuca

05.802.494/0001-47
TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E
Boa Vista - CEP: 50160-010
RECIFE-PE

1 de 2





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome:

João Vitor de Aguiar, 37 anos
Av. José Carlos de Aguiar
nº 500 - Fátima - 52139-05

Uso: Tratamento de ferida (Chamfero O).
Clorox 15

Uso: Tratamento de ferida (Chamfero O).
Clorox 15

Dr. Thiago Lima
Médico
CREMEPE 18477

12/01/12

Data:

Médico

Paciente

Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem

Data:

Assinatura do Médico

Página: 1 / 1
do por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Em: 16/07/2017 21:37

Control: 55348

21/02/1980 (37a Anos 25m)

Sexo: MASCULINO

Entrega:

16/07/2017

16/07/2017

16/07/2017

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE EQUIPAMENTOS LTDA.

26 MAR. 2018

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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES-PE

05/05/18





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
CACHOEIRINHA - PERNAMBUCO
PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA



PACIENTE	Nome	Alex Vanderley Silva		Data	16/07/2017	
	Sexo	Male	Idade	37 anos	Estado Civil	Solteiro
	Naturalidade	Cachoeirinha				
	Endereço	Rua Valério Silva Couto		Data de Nascimento	01/02/1980	
RESPONSÁVEL	Procedência	Cachoeirinha				
	Pessoa de quem depende	Mãe		Parentesco		
	Endereço					
	Trazido por					
OCORRÊNCIA	Endereço					
	Local do Acidente			Data	/ /	Hora
	Natureza	<input type="checkbox"/> Casual	<input checked="" type="checkbox"/> Acid. no Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio		
	Do	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outros Causas		
	Acidente	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/>		

RECEPCIONISTA

ALICIAÇÃO MÉDICA	Atendimento	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO
	Pressão Arterial	MX	MN	
	Pulso	BPM		
	Temperatura	°C		Peso
	Queixa Principal e HDA	Dor no abdômen		
		Ev. do abd. duro maximo		
		HLS.		
	Exame Físico			
	Hipótese Diagnóstica	Dr. Thiago Lima Médico CREMEPE 18477		

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR 2017

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



415

[illegible]

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiar
--------------------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------	----------

None:

Endereço:

RG

Tel.:

Date: _____

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Name: _____

Endereço:

RG:

Tel.:

Procedimiento:

Assinatura

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadido-se ☐ Termo de Alta a Pedido
☐ Transferência: _____ ☐ Internamento

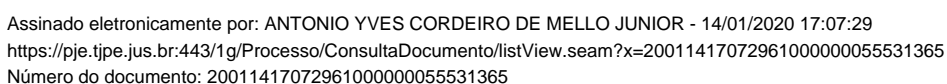
Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

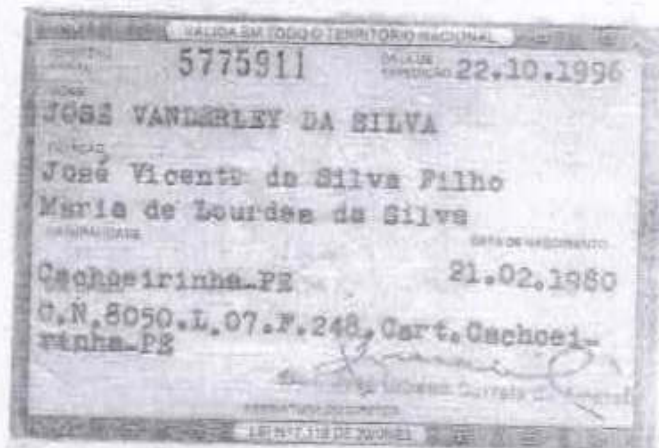
Data: 17/05/13 Hora: 05:00 Médico:

6/20/17 9:10:15 PM

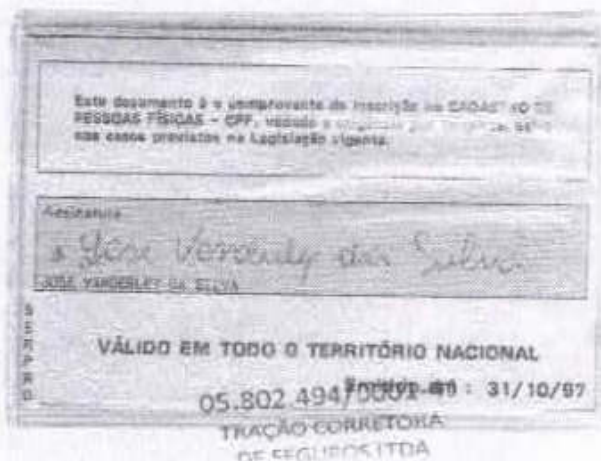
05.802.494/0001-4 CRM
TRABALHO CORRETIVO
Usuário de Atendimento
ROSANGELA SSB
26 MAR. 2015

Rua da Aurora, 114 175, St 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE





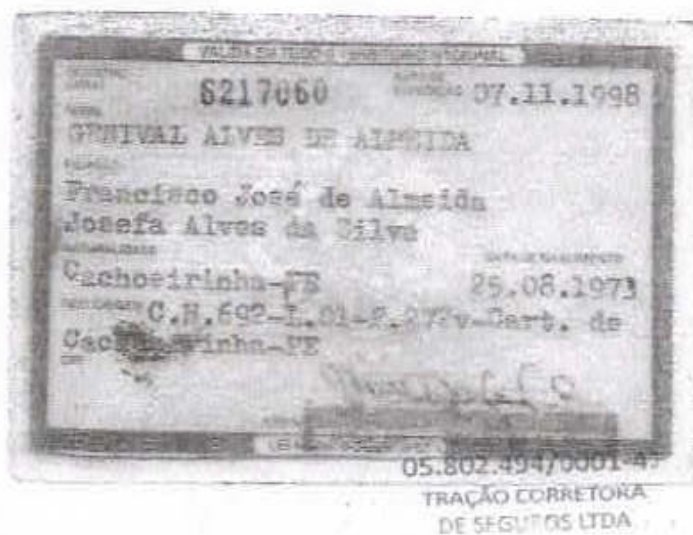
[Assinatura manuscrita]



26 MAR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.069-010
ESTADO DE PERNAMBUCO





26 MAR. 2018

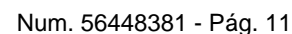
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIST. PE



26 MAR. 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
BRASIL

DEBEMOS A GUARDAR O BILHETE DEVAT.
ELES HAO E DE FORTA OBRIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136498 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136498 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do complexo zigomático esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima se queixa de cefaleia, episódios de epistaxe, obstrução nasal, tontura e anestesia em hemiface esquerda (superior). Ao exame, apresenta cicatriz na hemiface esquerda.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos. Recebeu alta definitiva.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração

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

1. Outorgante José Vanderley da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 5.775.933 expedido por SSP PE
22.10.1996 inscrito no CPF sob o nº 033.274.944-03 residente na
Rua Lotear José Agripino nº 501 CSB
complemento casca Bairro Lotearmento José Agripino
Cachoeirinha Estado PE

2. Outorgado Genival Alves de Almeida
portador(a) do documento de identidade nº 6.257.060 expedido por SSP PE em
07.11.98 inscrito no CPF sob o nº 983.756.464-90 residente na
Rua José Pedro da Silva nº 87
complemento casca Bairro Centro cidade
Cachoeirinha Estado PE

Ampla 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.

Cachoeirinha, 09 de fevereiro de 2018

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Rua Vista - CEP: 50.060-010
PECEL-PE

Outorgante

José Vanderley da Silva



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE
Tabela: VERA LÚCIA VALENÇA MELLO E SILVA / Autenticação: TATIANA LÚCIA BENEDETO VALENÇA DE MELLO FILHO
R. São Valério de São José - Centro - CEP: 50.060-010 - Fone: (51) 3222-1122 - e-mail: cartorio@cachoeirinha.pe.gov.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSÉ VANDERLEY DA
SILVA, do 1º. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 09/02/2018
09:49:10. Selo(s) 0076453, E7110201702.01312. Consulte autenticidade
em: www.tjpe.jus.br/selodigital. Exatidão: R\$ 3,39 - TPA: R\$ 0,90 -
FISC: R\$ 0,40

vera lúcia valença mello e silva - Tabela 12

22/0000

VALIDO SOMENTE COM O SELO
DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

DOCUMENTO
ORIGINAL



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE VANDERLEY DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180136498**

Vítima: **JOSE VANDERLEY DA SILVA**

Data do Acidente: **16/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180136498**.

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 12579399

Pag. 01595/01596 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE VANDERLEY DA SILVA

Sinistro: 3180136498
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

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 **3180136498** 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. 00203/00204 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12609062





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 ASI

CPF da Vítima

033.274.244 03

Nome completo da vítima

José Vanderley da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Vanderley da Silva	CPF titular da conta	033.274.244 03	Profissão	Recebeiro
Endereço	Rua Lúcia José Aguiar	Número	101 CSB	Complemento	CASA
Bairro	José Aguiar	Estado	PE	CEP	55380 000
Cidade	Cachoeirinha	Telefone (DDD)			(081) 97909 9238
Email					

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (901) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		BANCO Nome _____ N° _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA N° _____ D/V _____	
AGÊNCIA N° _____ D/V _____	CONTA N° _____ D/V _____	CONTA N° _____ D/V _____	
(Informar dígito se existir)	(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.

05.502.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURADORA

Cachoeirinha 05 de março de 2018

Local e Data

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

X José Vanderley da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.054037

JOSE VANDERLEY DA SILVA 07:54 HRS
AGENCIA 6991 CONTA 0000166-P 02/FEV/2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIBO-01





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0199000056

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/01/2018 às
11:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/7/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: RUA MANOEL LEITE - Bairro: CENTRO -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO
AO BAR DE DEO
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
MARIA VALDERLEIA DA SILVA (NOTICIANTE)
JOSE VANDERLEY DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): MARIA VALDERLEIA DA SILVA

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

JOSE VANDERLEY DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
DE LOURDES DA SILVA Pai: JOSE VICENTE DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 24/2/1980
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Educação: 2º, GRAU COMPLETO Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 191, LOT. JOSE AGRIPINO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL DE SEGUROS LTDA

MARIA VALDERLEIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
DE LOURDES DA SILVA Pai: JOSE VICENTE DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 12/5/1981
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Educação: 1º, GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 1, RUA RUBENS PEDRO
RAIMUNDO, LOT. JOSE AGRIPINO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DOCUMENTO
ORIGINAL

29/01/2018 12:07



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA VALDERLEIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA VALDERLEIA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/SIX125** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCJ2535** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **5C2JC4830GR213027**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A SRA. MARIA VALDERLEIA, NOTICIANDO QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, QUE SEU IRMAO JOSE VANDERLEY VINHA NA CARUPA DA MESMA, QUANDO A MESMA AO PASSAR EM UMA LOMBADA NÃO SINALIZADA PERDEU O CONTROLE DA MESMA E AMBOS FORAM AO SOLO, SENDO QUE MARIA VALDERLEIA, TEVE PEQUENA ESCORIAÇÃO NA SUA IRMA E MAIS POPULARES. ESTAVA PASSANDO NO LOCAL, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL DE CACHOEIRINHA E REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU. NADA MAIS SIGNO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta Unidade po

Jose Vanderley da Silva
JOSE VANDERLEY DA SILVA
(VITIMA)

MARIA VALDERLEIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

Maria Valderleia da Silva
S.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159765-8**



DOCUMENTO
ORIGINAL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE EQUIPOS LTDA

26 MAR. 2019

Rua da Aurora, 119, 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP: 51.060-010
RECIFE-PE

29/01/2016 12:07





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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: Jose Vanderley da Silva CPF da Vítima: 033.224.944-03 Data do Acidente: 16:07:2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Jose Vanderley da Silva

E-mail

CPF do Representante legal

033224244-03

Telefone (DDD)

9928-6780/7503-9238

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:

Assinalar 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.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Cachoeirinha 05 de março de 2018 da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.069-010

RECIFE-PE

Jose Vanderley da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE VANDERLEY DA SILVA
Data Nas: 21/02/1980 Idade: 37 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 704805562405849
Endereço: TRAV VALERIANO ALVES N°: 27
Bairro: CENTRO Cidade: CACHOEIRINHA Estado: PE
CEP: 55380000 Fone: 78099238
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ODONTOLOGIA C. TRALIM B.M.F.

2 - ATENDIMENTO

Data: 16/07/2017 21:09

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Volto de acidente automobilístico, segue com
perda de consciência alguns segundos, dores de boca e
na cabeça de intensidade moderada. Alvorçado

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Consciente espontâneo em nível verbal e físico
significativo. Não observa distúrbios de atenção
nem alterações sensoriais, nem sinais de fadiga

Diag. Provisório:

Trauma de crânio. Exame físico

16/07/17
a) Hemorragia
b) Lesão de
c) Lesão de

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Trauma de crânio. Exame físico
Retorno com a observação
positiva de uma fratura

- CD:
- 1) Exame + Anamnese
 - 2) Exame físico
 - 3) Exame físico
 - 4) Exame físico com
 - 5) Exame físico
 - 6) Exame físico

05-802-494/0001-43
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE

1 de 2



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE VANDERLEY DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000000166-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1904201805000000000023706991000000000166135000 PAGO

