



Número: **0000189-78.2019.8.17.2130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Agrestina**

Última distribuição : **17/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (INTERESSADO (PGM))	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
147825115	13/10/2023 10:06	<a href="#">2658301_JUNTADA_DE_DOCS_01</a>	Outros Documentos



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGRESTINA/PE - SEÇÃO -**

**PROCESSO: 00001897820198172130**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

AGRESTINA, 13 de outubro de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**OAB/PE 30225**

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:06:50

Número do documento: 23101310063025100000144379694

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063025100000144379694>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825115 - Pág. 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:06:50  
Número do documento: 23101310063025100000144379694  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=23101310063025100000144379694>  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825115 - Pág. 2



Número: **0000189-78.2019.8.17.2130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Agrestina**

Última distribuição : **17/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (INTERESSADO (PGM))	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
147825116	13/10/2023 10:06	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros Documentos

---

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10601921

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170120399 ASL-0082320/17

**Vitima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Data Acidente:** 18/12/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta n°: 10602762

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170120399 ASL-0082320/17

**Vitima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Data Acidente:** 18/12/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **23/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- DUT ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta n°: 10803586

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170120399 ASL-0082320/17

**Vitima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Data Acidente:** 18/12/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **29/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta n°: 11001892

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Sinistro:** 3170120399 ASL-0082320/17  
**Vítima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
**Data Acidente:** 18/12/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta n°: 11068012

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Sinistro: 3170120399 ASL-0082320/17  
Vitima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
Data Acidente: 18/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 0000043922-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO F

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José da Silva Vila Nova Filho,

PORTADOR(A) DO RG Nº 619.935.7 SSP PE EXPEDIDO POR S.P. PE EM / /  E

CPF (0)(3)(9)(5)(0)(1)(4)(2)(4)-(3)(8) /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO

F RENDA MENSAL DE R\$        (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José da S. V. N. Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular-Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo POUPIANÇA operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com a informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

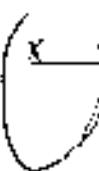
Nº do BANCO        N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir)        N° da CONTA (com dígito, se existir)       

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

Nº do BANCO 404 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0054 N° da CONTA (com dígito, se existir) 000043995

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

14 de outubro, 2013 de 2013  
LOCAL E DATA

 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO:**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago em legítimo beneficiário), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.915/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradutransito.com.br](http://www.dpvatseguradutransito.com.br) ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204.



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

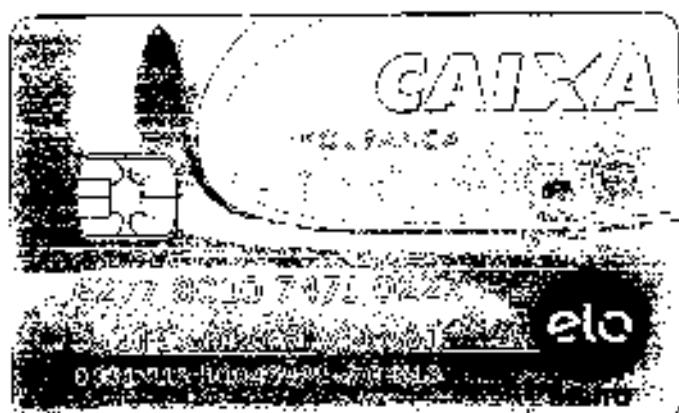
Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825116 - Pág. 6

EXTRATO DO DOCUMENTO DE 13/10/2023 12:36 - 000000170234



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30



Num. 147825116 - Pág. 7


**Nº DO SINISTRO**
**CAMPÔ PREENCHIDO PELA SEGURADORA**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de fumça e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, **JOSÉ VIEIRA SILVA FILHO**, n.º **1.110**, CPF **033.751.914-24**, RG **61.927.57**, expedido por **SSP - PE**, em **29/09/1468**, E RENDA MENSAL DE R\$ **1.300,00**, NA QUAL IDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **JOSÉ VIEIRA S. VILA NOVA FILHO**, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de endereços das pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos apareceram termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, alargada para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação D13 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento com o endereço dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

 N.º de BANCO **104** N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **005** N.º da CONTA (com dígito, se existir) **100 43922-3**
**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

 N.º de BANCO **104** N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **005** N.º da CONTA (com dígito, se existir) **100 43922-3**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

**Assinatura** 14 de Março de 2017 

**LOCAL E DATA**
**ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO**
**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários), obedecendo à legislação vigente na data do acidente; indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas) e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.915/2009; e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0222204.



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34  
Número do documento: 23101310063043500000144379695  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34  
Número do documento: 23101310063043500000144379695  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30



## GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 096ª CIRCUNSCRICAO - ALTINHO - DP96ºCIRC  
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 1660185000025

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/12/2016 às 15:46

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo /Consumido/ que aconteceu no dia 18/12/2016 às 14:30**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALTINHO, 1, RODOVIA PE-146 - Bairro: ZONA RURAL - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ ( AUTOR / AGENTE )  
GIVALDO JOAQUIM DA SILVA ( TESTEMUNHA )  
VALDERIO VIEIRA DE LIMA ( TESTEMUNHA )  
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

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

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino /M/; JOSEFA MARIA DA SILVA Pai:  
JOSUE DA SILVA VILA NOVA Data de Nascimento: 05/01/1985 Naturalidade: JOAQUIM GOMES / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 16192757/SSP/PE (RG), 996962720 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 999357848

Residencial: RUA CASSIMIRO FRANCISCO DOS SANTOS N°18, CENTRO, AGRESTINA-P - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 18 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

GIVALDO JOAQUIM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino /Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA JOAO GUILHERME ( PREFEITURA), 420 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL

VALDERIO VIEIRA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino /Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA JOAO DE DEUS (TERMINAL RODOVIARIO), 420 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

E de 2

26/12/2016 15:

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TURISTER Círculo apreendido: Não  
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KTV9200 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 781084620 Chassi: 9C2MC3600C260  
Ano Fabricação/Modelo: 2002/2003 Combustível: GASOLINA

### Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE NA DATA ACIMA CITADA ESTAVA GUIANDO SUA MOTOCICLETA E AO CHEGAR NO ENDEREÇO MENCIONADO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR AO SOLO TENDO FERIMENTOS COMO ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA FRATURA NA ESCAPULA ESQUERDA. O MESMO FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR CONHECIDO POR DANIEL QUE ALI PASSAVA ATÉ O HOSPITAL NA CIDADE DE ACBESTINA-PE E DE LÁ O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA UPA NA CIDADE DE CARUARU-PE E DE LÁ FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste TAMBÉM NA CIDADE DE CARUARU-PE, E DE LÁ FOI ATÉ O HOSPITAL DA SANTA EFIGÊNCIA FAZER UMA TOMOGRAFIA E DE LÁ RETORNOU AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, ONDE FOI EFETUADO O RESTANTE DO ATENDIMENTO MEDICO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRSELENTE B.O.E.

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

Josue da Silva Vila Nova Filho  
(VITIMA)

B.O. registrado por: OSVALDO MARTINS DE BARROS - Matrícula: 134821-0



GERENCIAMENTO DE DOCUMENTOS - 23/10/2023 10:06 - 000000170228

2 de 2

26/10/2016





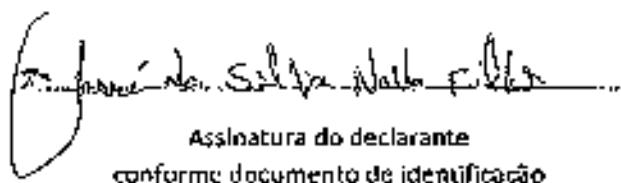
## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josue da Silva Vila Nova Filho, portador da carteira de identidade nº 6492757358PC e inscrito no CPF/MF sob o nº 133.531.424 - 38, residente e domiciliado na RUA CRASVIMBO F SANTOS 16, Cidade AGRESTINA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Agrestina /13/10/2013

Local e data

SEURADORA LÍDER - RJ/SP/ES/DF - 13/10/2017 12:06 - ID:00130235





## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº. Ocorrência: 0127676

Prontuário: 00043893-6  
 Nome: JOAQUIM DA SILVA VILA NOVA FILHO  
 Endereço: RUA CASSIMIRO DOS SANTOS  
 Cidade: AGRESTINA/PE  
 Documento: C16192757  
 Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA  
 Profissão:

Idade: 35 ANOS, 7 MESES E 13 DIAS  
 DL Nasc.: 05/05/1981 Sexo: M Est. Civil:  
 CEP: 55495000 Nac: BRASIL  
 Sisprénatal: Tel.:  
 Pal:  
 Responsável:

## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
18/12/2016 11:50	0127676	QUEDA DE MOTO

PF	CONSULTA	Urgência ( )	Não Urgência ( )	Emergência ( )	Acidente Trabalho ( )	Acidente Trânsito ( )
Horário	A 20 X 60	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico	Tratamento	Assinatura
Queda moto	15:12	Antônio J. E. Cordeiro de Melo Junior Assistente Administrativo CPF: 313.540.732-02

Exames complementares	Impressão diagnóstica	GID
Sangue RX	Transtorno	1303
Motivo de saída:	ADM MEDICAMENTO:	
Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP
Justificativa:	TÉCNICO / CONSELHO	
Encaminhado:	MÉDICO / CRITICA	
Removido:	HORÁRIO:	
Óbito:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
às ____ h ____ m do dia ____	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
Data saída: 18.12.16		
Hora saída: 15:15		

Data da impressão: Domingo, 18 de Dezembro de 2016 às 14:50

Recepção: SILVANIA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825116 - Pág. 13

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

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

CLIENTE: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000043922-3

---

Nr. da Autenticação 3F97323A5160CB5C



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825116 - Pág. 14





## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº. Ocorrência: 012767

Prontuário: 0043893-6  
 Nome: JOAQUIM DA SILVA VILA NOVA FILHO  
 Endereço: RUA CASSIMIRO DOS SANTOS  
 Cidade: AGRESTINHA/PE  
 Documento: CI 6192757  
 Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA  
 Profissão:

Idade: 35 ANOS, 7 MESES E 13 DIAS  
 DL Nasct.: 05/05/1981 Sexo: M Est. Civil:  
 CEP: 55495000 Nac: BRASIL  
 Bairro: CNS: Sisprenatal: Tel:  
 Pai: Responsável:



## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
18/12/2016 14:50	0127676	QUECA DE MOTO

## PF CONSULTA

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
17/05/16				Antônio J. F. Cordeiro de Melo Junior CRM-PE 1627 CREM/PE 1627

## Queixas / Diagnóstico

*Queixa de ferite*

Tratamento *15:12*

*franquias*

DATA/HORA CADASTRO: 18/12/2016 14:51  
USO: CONSULTA  
CRM: 1627  
CRM/PE: 1627  
CÓDIGO: 0000021

## Exames complementares

*Sangue RX*

## Impressão diagnóstica

CID: 0000021

*Hemorragia*

## Motivo da saída:

Residência  Internado

## Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

As \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

Data saída: *18.12.16*Hora saída: *15:15*

CURATIVO	ADM MEDICAMENTO;	TÉCNICO / CORPO
NEBULIZAÇÃO	BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/>	RETIRADA DE PONTO

Consultas / Atendimentos Médicos:	MÉDICO / CRM-PE
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data da impressão: Domingo, 18 de Dezembro de 2016 às 14:50

Receptorista: SILVANIA

*Assinatura: Silvania*



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30



**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA**

### 3 - Evolução / Evoluções

18. Will the following be  
the features the described by the  
Glossary?

#### Término de Responsabilidade de Alta a Pedido:

1) Paciente ( : Familiar

**Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.**

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura

### Autorización de Procedimientos

11 Paciente (A) Familiar

Name: \_\_\_\_\_

RG:

Endereço: \_\_\_\_\_

---

Tel.:

### Assigments

#### Diagnosticity

**Destino do Paciente**

ES-12 Alta 5-5 Sicília 5-5 Óbidos 5-5 Exaltou-se 5-5 Termos de Alta e Baixa

#### 1. Transferências

Sociedade de Alta

( ) Curado  Melhorado  Mantém-se  Óbito

Date: 1-2-19

12/18/2016 8:56:12 PM

Usuario do Atendimento  
MSEB0006





## ANAMNESE

Paciente: **JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO**

Atendimento: 00934215

Data Nascimento: 05/05/1981 Idade: 35 Anos, 7 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00396602

Sexo: Masculino

Senha N.: **0099**

Data e Hora: 18/12/2016 18:00h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE DOR EM HEMITORAX E OMBRO E APOS TRAUMA. NEGA DESMAIO E VOMITO. APRESENTA CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALÉRGIA

NEGA DM E HAS

DOC CNH

### AFERIÇÃO:

Peso: Altura:  
P.A Sistólica: PAS: 131 MMHG P.A Diastólica: PAD: 84 MMHG  
Freq. Respiratória: FR: 16 BPM HGT:

Temperatura:  
Freq. Cardíaca:

### QPD / HDA:

DOR EM OMBRO APOS QUEDA

### Exame Físico:

DOR LOCAL

### Exames complementares:

Rx: SEM FRATURAS

### HD:

CONTUSÃO DO OMBRO ESQUERDO

### Conduta:

AINH + ANALGESIA

### Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **ALEXANDRE AZEVEDO DO REGO COSTA FILHO**  
CRM - 20817

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Atendimento: 00934215

Data Nascimento: 05/05/1981 Idade: 35 Anos, 7 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00396602

Sexo: Masculino

**História Atual:**

PACIENTE VITIMA DE TRAJMA EM REG. DO OMBRO ESQUERDO APOS ACIDNETE MOTOCICLISTICO

**Exame Físico:**

DOR E LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO ADM

**Exames Complementares/Resultados:**

RX: FRATURA DE ESCÁPULA?

**Hipóteses-Diagnósticos:**

FRATURA DE ESCÁPULA?

**Conduta:**

AO HRA

**SENHA:**  **COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:**  SIM  NÃO

**Transferido / Encaminhado para:**

43 -TRANSF P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

**Motivo:**

SOLICITO AVALIAÇÃO COM TOMOGRAFIA

Data: 18 DE DEZEMBRO DE 2016

Hora: 18:05

Ass. e CRM do Médico  
Dr(a): ALEXANDRE AZEVEDO DO REGO COSTA FILHO  
CRM - 20817

Jr. José Marques Fontes S/N  
Bairro: Edson Costa - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 56306-550

સ્ક્રીનાં 1063 1.10.E પૃષ્ઠા 8 7 23/02/2017 12:06 - 000000170226



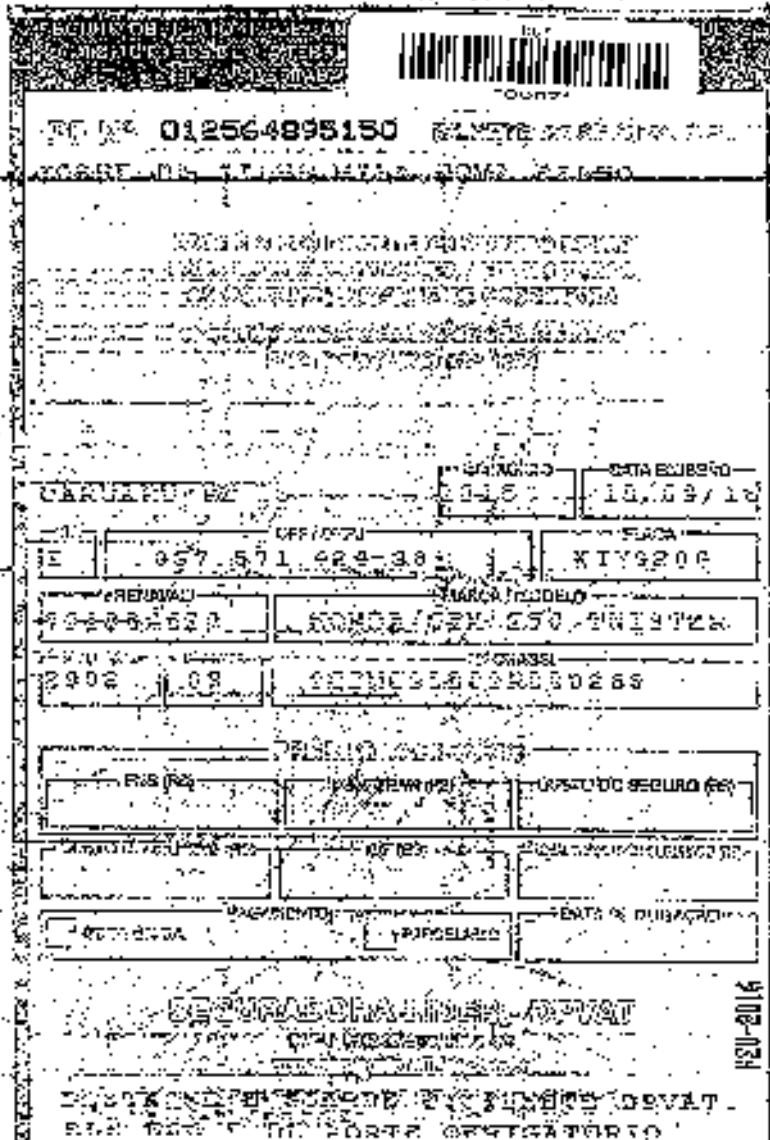
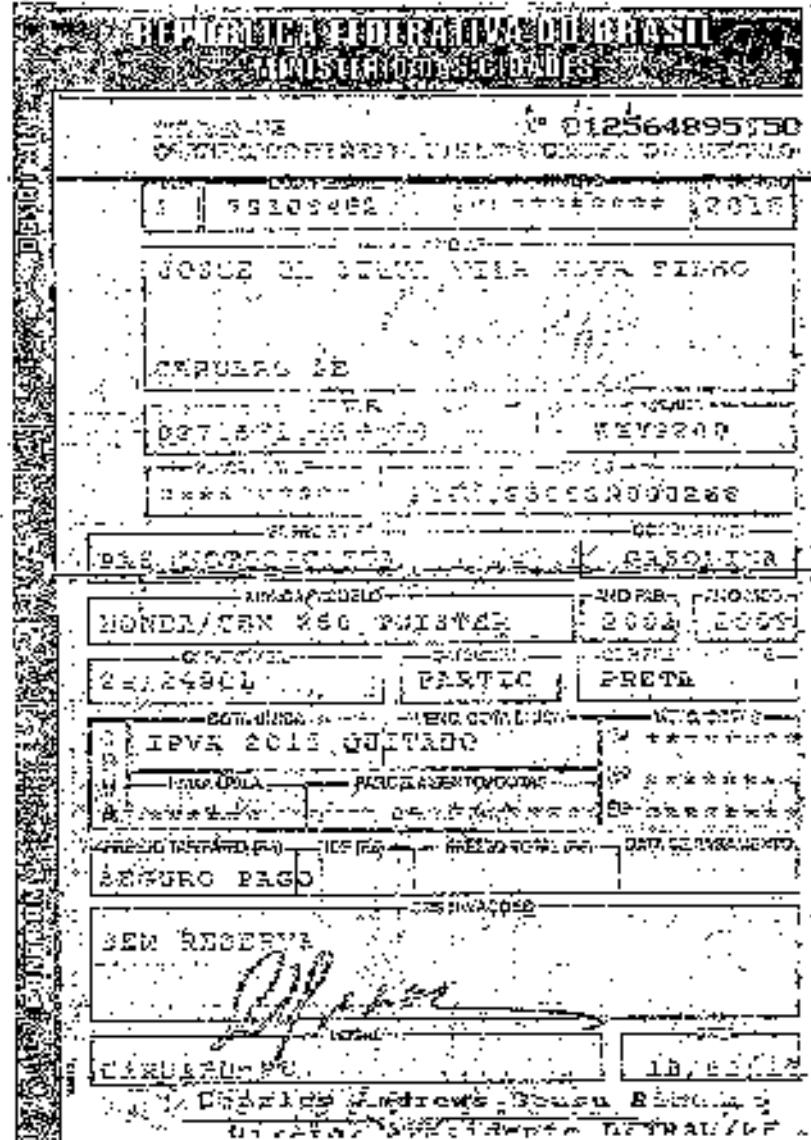
Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825116 - Pág. 22



SUSPENSA LIDER DEPUTA 6 7 23/02/2017 12:06 - 00100170236

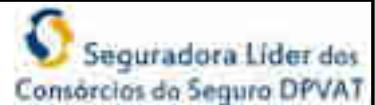




FEDERAL BUDGET



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3170120399

Cidade: Altinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da escápula esquerda.

**Descrição do exame** Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo. Ao exame: flexão em 160°, extensão em 5°, abdução em 140° e  
**médico pericial:** adução em 25° do ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



A SEGURADORA LIDER DE CONSORCIOS  
DPVAT.



VITIMA: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
NATUREZA: INVALIDEZ

Eu JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador de CPF/MF nº 037.571.424-38, e RG nº 6.192757 SSP/PE, residente e domiciliado na Rua Cassemiro f. Santos nº 16, Centro, Agrestina-PE  
vem perante a Seguradora Lider Dpvat< dar entrada em processo de natureza invalidez< sem mais a declarar

Agrestina

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

595...2036 LIDER DPVAT & 7 25/02/2017 12:06 - 000600670225





# PRÓTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider dos  
Concedentes de Seguro UVVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082320/17

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

Data da Avaralho: 18/12/2016

Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato cecetário  
Declaração de Inexistência de TML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outras

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO : 037.571.424-38

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.dpvalseguro.com.br](http://www.dpvalseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por Invalidade permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data: 24/02/2017  
Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF/CNPJ: 037.571.424-38

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/02/2017  
Nome: MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA  
CPF: 033.853.567-50

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA

REMETENTE: JOSEVE DA SILVA. VILA NOVA FILHO

RUA: CASSEMIRO F. SANTOS 16 - CASA

CENTRO - AGRESTINA - PE

55.495,000



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

004  
VAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082320/17  
Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

CPF do: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016  
Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO : C37.571.424-38

Autorização de pagamento

## 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.dpvtsseguro.com.br](http://www.dpvtsseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência:

### Portador da documentação entregue:

Data: 30/03/2017  
Nome: JOSUE DA SILVA VILA-NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

### Responsável pelo recebimento na seguradora:

Data: 30/03/2017  
Nome: MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA  
CPF: 033.853.567-50

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA

*SL*

A SEGURADORA LIDER CONSORCIOS  
DPVAT.

Sinistro. 3170120399

Vitima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Eu JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, vem através desta encaminhar documentação pendente, sendo em ( anexo ), Autorização de pagamento , Dut legível e Cartão do banco.

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE DOCUMENTOS - SEDOC - 00000000000000000000000000000000

Agrestina, 14 de março de 2017

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

*Josué da Silva Vila Nova Filho.*

000-56455 - J97

• 30 - 84159094

... que ellos no tienen que pagar. Ellos  
que no tienen que pagar. Ellos que no  
tienen que pagar.



A  
Segunda Cícer DPVAT  
Rua Senador Dantas nº 24- 15º Andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ

CEP- 20031205



REGISTRO URGENTE  
BRASIL  
Correios  
RS 10,40  
AR  
21.03.27 - 16.19  
AR - SEM RUMO - RJ  
04032



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Unimed  
Comunidade Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI -01182320/17

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

Data do Acidente:

Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO



## DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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 com conferência.

### Partes da documentação entregue

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/05/2017

Data: 10/05/2017

Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

Nome: Juliana Antunes Estigarribia  
CPF: 079.808.657-21

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Juliana Antunes Estigarribia



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

# A SEGURADORA LIDER CONSÓRCIOS DPVAT

SINISTRO: 3170120399

VITIMA: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

NATUREZA: INVALIDEZ

EU JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, JÁ DEVIDAMENTE  
QUALIFICADO VENHO ATRAVES DESTA ENCAMINHAR DOCUMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR, SENDO ATOS DECLARARATÓRIOS DE ATENDIMENTOS  
MÉDICO HOSPITALAR.

SEM MAIS A DECLARAR SOLICITO A BAIXA DOCUMENTAL E O  
AGENDAMENTO DA PERICIA MÉDICA.

SEGURADORA LIDER CONSÓRCIOS / 3.09.05/2017 14:41 - 000000219867

AGRESTINA, 02 MAIO DE 2017

*Josue da Silva Vila Nova Filho*  
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825116 - Pág. 35

REMITENTE: JOSUÉ DA SILVA VILA NOVA FILHO  
RUA. CASSEMIRO F. SANTOS, 16 - CENTRO  
AGRESTINA - PE.

CEP. 55495-000.



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

10.40

A  
SEGURADORA LIDER - OPVAF.

RUA SENADOR DANTAS, 94 - 15º ANDAR.

RIO DE JANEIRO - RJ.

CEP. 20031-205.



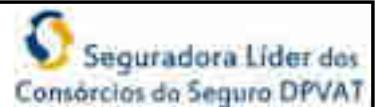
Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:34

Número do documento: 23101310063043500000144379695

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063043500000144379695>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170120399      **Cidade:** Altinho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO      **Data do acidente:** 18/12/2016      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 07/04/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Não definido

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

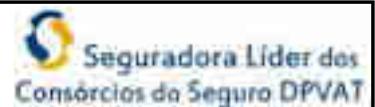
**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170120399      **Cidade:** Altinho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO      **Data do acidente:** 18/12/2016      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 18/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura em clavícula esquerda

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO** Sinistro: **3170120399** Data: **18/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R CASSIMIRO F. SANTOS, 16, casa - CENTRO - Agrestina - PE - CEP 55495-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp** /PE ] **6192757**

Data local do exame: [ **19/05/2017** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura da escápula esquerda. Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo. Ao exame: flexão em 160°, extensão em 5°, abdução em 140° e adução em 25° do ombro esquerdo.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Quadro submetido a tratamento conservador.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [  ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do ombro esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):  
**Ombro esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE





Número: **0000189-78.2019.8.17.2130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Agrestina**

Última distribuição : **17/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (INTERESSADO (PGM))	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
147825117	13/10/2023 10:06	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	Outros Documentos

---

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10601921

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170120399 ASL-0082320/17

**Vitima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Data Acidente:** 18/12/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta n°: 10602762

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170120399 ASL-0082320/17

**Vitima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Data Acidente:** 18/12/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **23/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- DUT ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10803586

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170120399 ASL-0082320/17

**Vitima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Data Acidente:** 18/12/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **29/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 11001892

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

**Sinistro:** 3170120399 ASL-0082320/17  
**Vítima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
**Data Acidente:** 18/12/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta n°: 11068012

A/C: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Sinistro: 3170120399 ASL-0082320/17  
Vitima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
Data Acidente: 18/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 0000043922-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO F

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José da Silva Vila Nova Filho,

PORTADOR(A) DO RG Nº 619.933.57 SSP PE EXPEDIDO POR S.P. PE EM / /  E

CPF (0)(3)(9)(5)(0)(1)(4)(2)(4)-(3)(8) /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO

F RENDA MENSAL DE R\$        (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José da S. V. N. Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular-Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo POUPIANÇA operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com a informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO        N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir)        N° da CONTA (com dígito, se existir)       

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0054 N° da CONTA (com dígito, se existir) 0000439952

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ag. de 19 de Janeiro de 2013  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago em legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.915/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradutransito.com.br](http://www.dpvatseguradutransito.com.br) ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204.



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

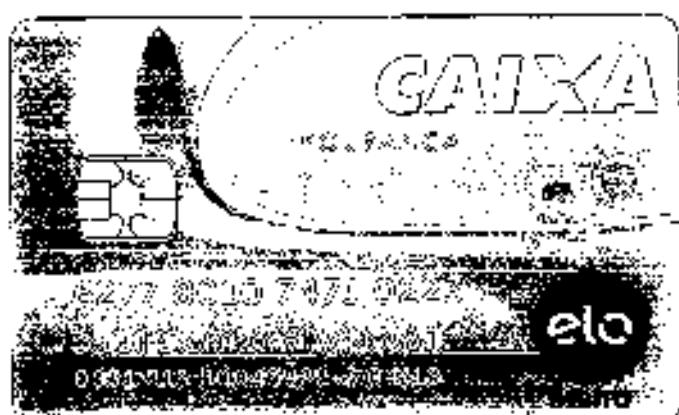
Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825117 - Pág. 6

EXCELENTES OFICINAIS - 23/02/2017 12:56 - 000000170234



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30



Num. 147825117 - Pág. 7


**Nº DO SINISTRO**
**CAMPÔ PREENCHIDO PELA SEGURADORA**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de fumça e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, **JOSÉ VIEIRA SILVA FILHO**, n.º **1.110**, CPF **033.751.914-24**, RG **61.927.57**, expedido por **SSP - PE**, em **29/09/1468**, E RENDA MENSAL DE R\$ **1.300,00**, NA QUAL IDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **JOSÉ VIEIRA S. VILA NOVA FILHO**, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de endereços das pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos apareceram termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, alargada para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação D13 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento com o endereço dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

 N.º de BANCO **104** N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **005** N.º da CONTA (com dígito, se existir) **100 43922-3**
**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

 N.º de BANCO **104** N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **005** N.º da CONTA (com dígito, se existir) **100 43922-3**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

**Assinatura** 14 de Março de 2017 **X** José da Silva Vila Nova Filho.

**LOCAL E DATA**
**ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO**
**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários), obedecendo à legislação vigente na data do acidente; indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas) e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.915/2009; e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0222204.



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53  
Número do documento: 23101310063070900000144379696  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53  
Número do documento: 23101310063070900000144379696  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30



## GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 096ª CIRCUNSCRICAO - ALTINHO - DP96ºCIRC  
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA N°: 1660185000025

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/12/2016 às 15:46

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo /Consumido/ que aconteceu no dia 18/12/2016 às 14:30**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALTINHO, 1, RODOVIA PE-146 - Bairro: ZONA RURAL - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ ( AUTOR / AGENTE )  
GIVALDO JOAQUIM DA SILVA ( TESTEMUNHA )  
VALDERIO VIEIRA DE LIMA ( TESTEMUNHA )  
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

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

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino /M/; JOSEFA MARIA DA SILVA Pai:  
JOSUE DA SILVA VILA NOVA Data de Nascimento: 05/01/1985 Naturalidade: JOAQUIM GOMES / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 16192757/SSP/PE (RG), 996962720 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 999357848

Residencial: RUA CASSIMIRO FRANCISCO DOS SANTOS N°18, CENTRO, AGRESTINA-P - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 18 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

GIVALDO JOAQUIM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino /Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA JOAO GUILHERME ( PREFEITURA), 420 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL

VALDERIO VIEIRA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino /Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA JOAO DE DEUS (TERMINAL RODOVIARIO), 420 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TURISTER Cbjetivo apreendido: Não  
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KTV9200 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 781084620 Chassi: 9C2MC3600C260  
Ano Fabricação/Modelo: 2002/2003 Combustível: GASOLINA

### Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE NA DATA ACIMA CITADA ESTAVA GUIANDO SUA MOTOCICLETA E AO CHEGAR NO ENDEREÇO MENCIONADO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR AO SOLO TENDO FERIMENTOS COMO ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA FRATURA NA ESCAPULA ESQUERDA. O MESMO FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR CONHECIDO POR DANIEL QUE ALI PASSAVA ATÉ O HOSPITAL NA CIDADE DE ACBESTINA-PE E DE LÁ O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA UPA NA CIDADE DE CARUARU-PE E DE LÁ FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste TAMBÉM NA CIDADE DE CARUARU-PE, E DE LÁ FOI ATÉ O HOSPITAL DA SANTA EFIGÊNCIA FAZER UMA TOMOGRAFIA E DE LÁ RETORNOU AO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, ONDE FOI EFETUADO O RESTANTE DO ATENDIMENTO MEDICO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRSELENTE B.O.E.

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

Josue da Silva Vila Nova Filho

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: OSVALDO MARTINS DE BARROS - Matrícula: 134821-0



GERENCIAMENTO DE DOCUMENTOS - 23/07/2017 10:06 - 00000170228

2 de 2

26/10/2016





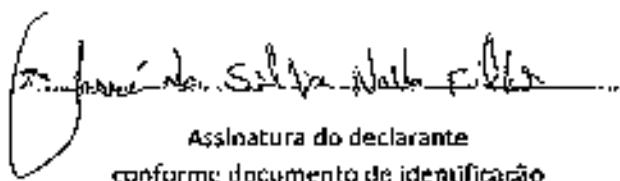
## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josue da Silva Vila Nova Filho, portador da carteira de identidade nº 6492757358 e inscrito no CPF/MF sob o nº 133.531.424 - 38, residente e domiciliado na RUA CRASVIMBO F SANTOS 16, Cidade AGRESTINA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Agrestina /13/10/2017

Local e data

SEURADORA LÍDER - RJ/SP/ES/DF - 13/10/2017 12:06 - ID:00130235





## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº. Ocorrência: 0127676

Prontuário: 00043893-6  
 Nome: JOAQUIM DA SILVA VILA NOVA FILHO  
 Endereço: RUA CASSIMIRO DOS SANTOS  
 Cidade: AGRESTINA/PE  
 Documento: C16192757  
 Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA  
 Profissão:

Idade: 35 ANOS, 7 MESES E 13 DIAS  
 DL Nasc.: 05/05/1981 Sexo: M Est. Civil:  
 CEP: 55495000 Nac: BRASIL  
 Sisprénatal: Tel.:  
 Pal:  
 Responsável:

## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
18/12/2016 11:50	0127676	QUEDA DE MOTO

PF	CONSULTA	Urgência ( )	Não Urgência ( )	Emergência ( )	Acidente Trabalho ( )	Acidente Trânsito ( )
Horário	A 20 X 60	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico	Tratamento	Assinatura
Queda moto	15:12	Antônio J. E. Cordeiro de Melo Junior Assinatura: _____ Data: 18/12/2016

Exames complementares	Impressão diagnóstica	GID
Sangue RX	Transtorno	1303
Motivo de saída:	ADM MEDICAMENTO:	
Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP
Justificativa:	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Encaminhado:	TÉCNICO / CONSELHO	
Removido:	MÉDICO / CRITICA	
Óbito:	HORÁRIO:	
às ____ h ____ m do dia ____		
Data saída: 18.12.16	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO
Hora saída: 15:15		KORÁRIO
Data da impressão: Domingo, 18 de Dezembro de 2016 às 14:50	Recepção: SILVANIA	



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

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

CLIENTE: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000043922-3

---

Nr. da Autenticação 3F97323A5160CB5C



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825117 - Pág. 14





## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº. Ocorrência: 012767

Prontuário: 0043893-6  
 Nome: JOAQUIM DA SILVA VILA NOVA FILHO  
 Endereço: RUA CASSIMIRO DOS SANTOS  
 Cidade: AGRESTINHA/PE  
 Documento: CI 6192757  
 Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA  
 Profissão:

Idade: 35 ANOS, 7 MESES E 13 DIAS  
 DL Nasct.: 05/05/1981 Sexo: M Est. Civil:  
 CEP: 55495000 Nac: BRASIL  
 Bairro: CNS:  
 Sisprenatal:  
 Pai:  
 Responsável:



## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
18/12/2016 14:50	0127676	QUECA DE MOTO

## PF CONSULTA

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
	170X50			Antônio J. F. Cordeiro de Melo Junior CRM-PE 1627 CREMEPE 1627

## Queixas / Diagnóstico

*Queixa de ferite*

## Tratamento

*franquias*

SALVADOR LIMA CRISTINA  
CRM-PE 1627  
CREMEPE 1627  
Data: 18/12/2016 14:51

## Exames complementares

*Sangue RX*

## Impressão diagnóstica

CID: 00000000

*Hemorragia*

## Motivo da saída:

Residência  Internado

## Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

As \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

Data saída: 18.12.16

Hora saída: 15:15

CURATIVO	ADM MEDICAMENTO;	TÉCNICO / CORPO
NEBULIZAÇÃO	BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/>	00

Consultas / Atendimentos Médicos:	MÉDICO / CRM-PE
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data da impressão: Domingo, 18 de Dezembro de 2016 às 14:50

Receptorista: SILVANIA

*Assinatura: ...*



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30







Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

## ANAMNESE

Paciente: **JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO**

Atendimento: 00934215

Data Nascimento: 05/05/1981 Idade: 35 Anos, 7 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00396602

Sexo: Masculino

Senha N.: **0099**

Data e Hora: 18/12/2016 18:00h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE DOR EM HEMITORAX E OMBRO E APOS TRAUMA. NEGA DESMAIO E VOMITO. APRESENTA CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO.

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALÉRGIA

NEGA DM E HAS

DOC CNH

### AFERIÇÃO:

Peso:	Altura:	Temperatura:
P.A Sistólica: PAS: 131 MMHG	P.A Diastólica: PAD: 84 MMHG	Freq. Cardíaca:
Freq. Respiratória: FR: 16 BPM	HGT:	

### QPD / HDA:

DOR EM OMBRO APOS QUEDA

### Exame Físico:

DOR LOCAL

### Exames complementares:

Rx: SEM FRATURAS

### HD:

CONTUSÃO DO OMBRO ESQUERDO

### Conduta:

AINH + ANALGESIA

### Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **ALEXANDRE AZEVEDO DO REGO COSTA FILHO**  
CRM - 20817



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Atendimento: 00934215

Data Nascimento: 05/05/1981 Idade: 35 Anos, 7 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00396602

Sexo: Masculino

**História Atual:**

PACIENTE VITIMA DE TRAJMA EM REG. DO OMBRO ESQUERDO APOS ACIDNETE MOTOCICLISTICO

**Exame Físico:**

DOR E LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO ADM

**Exames Complementares/Resultados:**

RX: FRATURA DE ESCÁPULA?

**Hipóteses-Diagnósticos:**

FRATURA DE ESCÁPULA?

**Conduta:**

AO HRA

**SENHA:**  **COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:**  SIM  NÃO

**Transferido / Encaminhado para:**

43 -TRANSF P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

**Motivo:**

SOLICITO AVALIAÇÃO COM TOMOGRAFIA

Data: 18 DE DEZEMBRO DE 2016

Hora: 18:05

Ass. e CRM do Médico  
Dr(a): ALEXANDRE AZEVEDO DO REGO COSTA FILHO  
CRM - 20817

Jr. José Marques Fontes S/N  
Bairro: Edson Costa - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 56306-550

સ્ક્રીનાં 1063 1.10E પ્રણા 8 7 23/02/2017 12:06 - 0000000170226



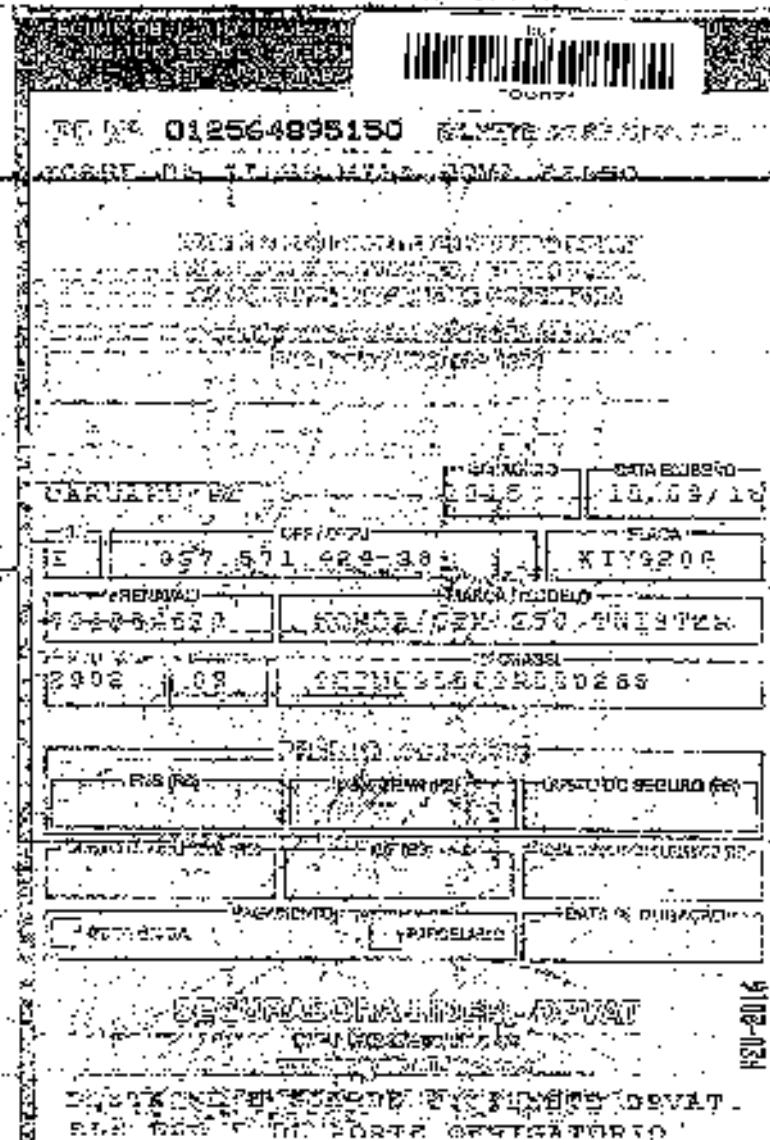
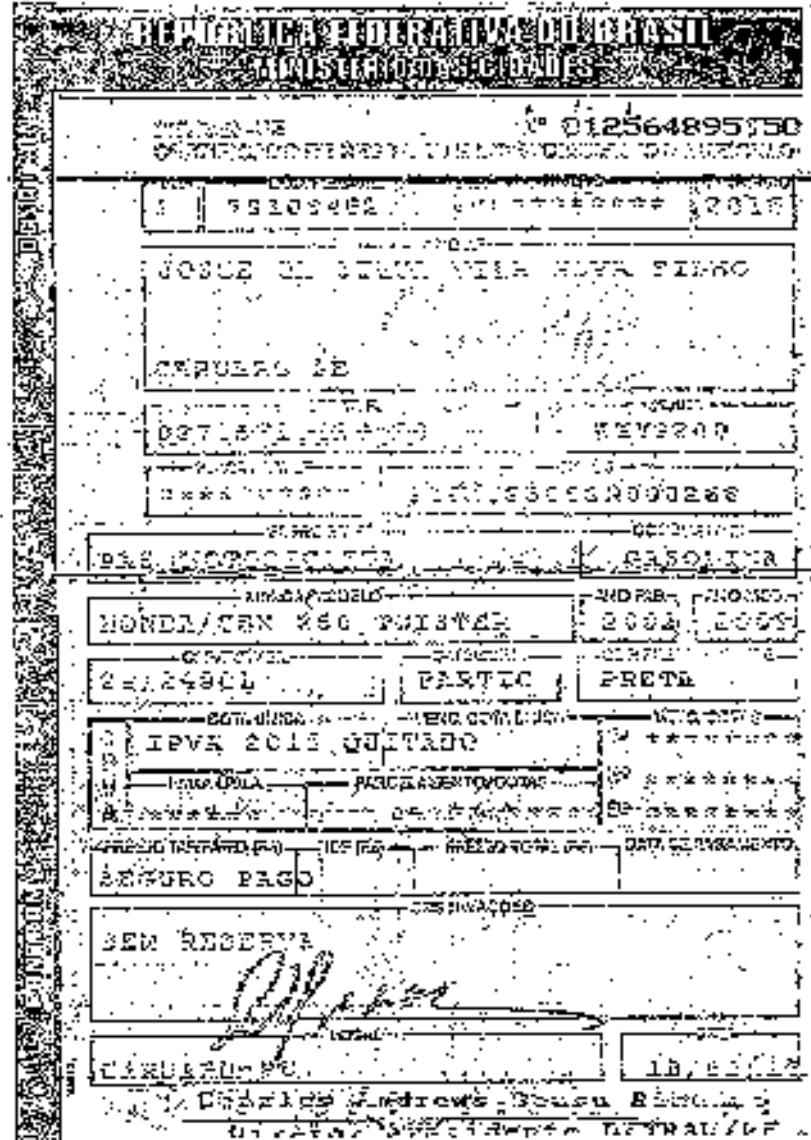
Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

Num. 147825117 - Pág. 22



SUSPENSA LIDER DEPUTA 6 7 23/02/2017 12:06 - 00100170236



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tipe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

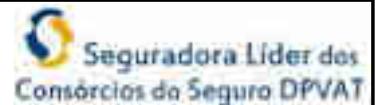
Num. 147825117 - Pág. 23



FEDERAL BUDGET 1994 - 1995



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3170120399

Cidade: Altinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da escápula esquerda.

**Descrição do exame** Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo. Ao exame: flexão em 160°, extensão em 5°, abdução em 140° e  
**médico pericial:** adução em 25° do ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



A SEGURADORA LIDER DE CONSORCIOS  
DPVAT.



VITIMA: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
NATUREZA: INVALIDEZ

Eu JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador de CPF/MF nº 037.571.424-38, e RG nº 6.192757 SSP/PE, residente e domiciliado na Rua Cassemiro f. Santos nº 16, Centro, Agrestina-PE  
vem perante a Seguradora Lider Dpvat< dar entrada em processo de natureza invalidez< sem mais a declarar

Agrestina

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

595...2036 LIDER DPVAT 27 25/02/2017 12:06 - 000600670225





# PRÓTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider dos  
Concedentes de Seguro UVVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082320/17

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

Data da Avaralho: 18/12/2016

Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovacão de ato cecetário  
Declaração de Inexistência de TML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outras

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO : 037.571.424-38

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.dpvalseguro.com.br](http://www.dpvalseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por Invalidade permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data: 24/02/2017  
Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF/CNPJ: 037.571.424-38

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 24/02/2017  
Nome: MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA  
CPF: 033.853.567-50

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA

REMETENTE: JOSEVE DA SILVA. VILA NOVA FILHO

RUA: CASSEMIRO F. SANTOS 16 - CASA

CENTRO - AGRESTINA - PE

55.495,000



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

004  
VAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082320/17  
Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

CPF do: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016  
Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO : C37.571.424-38

Autorização de pagamento

## 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.dpvtsseguro.com.br](http://www.dpvtsseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência:

### Portador da documentação entregue:

Data: 30/03/2017  
Nome: JOSUE DA SILVA VILA-NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

### Responsável pelo recebimento na seguradora:

Data: 30/03/2017  
Nome: MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA  
CPF: 033.853.567-50

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

MONICA REGINA DE FRANCA DA SILVA

*SL*

A SEGURADORA LIDER CONSORCIOS  
DPVAT.

Sinistro. 3170120399

Vitima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Eu JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, vem através desta encaminhar documentação pendente, sendo em ( anexo ), Autorização de pagamento , Dut legível e Cartão do banco.

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE DOCUMENTOS - SEDOC - WWW.SEDOC.BR

Agrestina, 14 de março de 2017

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

*Josué da Silva Vila Nova Filho.*



000-36455-097

• 30 - 891559494

... que ellos no tienen que ser de la misma especie. En el caso de la familia de los *Colletidae*, que es la más numerosa en el mundo, se han descrito más de 100000 especies.



A  
Segunda Cícer DPVAT  
Rua Senador Dantas nº 24- 15º Andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ

CEP- 20031205



REGISTRAÇÃO  
CORREIOS  
BRASIL  
RS 10,40  
AR  
21.03.23 - 16:19  
AR - SEU ENVIAMENTO DE HOJE



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Unimed  
Comunidade Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASI -01182320/17

Vítima: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

Data do Acidente:



Titular do CPF: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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 com conferência.

### Partes da documentação entregue

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/05/2017

Data: 10/05/2017

Nome: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO  
CPF: 037.571.424-38

Nome: Juliana Antunes Estigarribia  
CPF: 079.808.657-21

JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

Juliana Antunes Estigarribia



Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*.\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

# A SEGURADORA LIDER CONSÓRCIOS DPVAT

SINISTRO: 3170120399

VITIMA: JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO

NATUREZA: INVALIDEZ

EU JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO, JÁ DEVIDAMENTE  
QUALIFICADO VENHO ATRAVES DESTA ENCAMINHAR DOCUMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR, SENDO ATOS DECLARARATÓRIOS DE ATENDIMENTOS  
MÉDICO HOSPITALAR.

SEM MAIS A DECLARAR SOLICITO A BAIXA DOCUMENTAL E O  
AGENDAMENTO DA PERICIA MÉDICA.

SEGURADORA LIDER CONSÓRCIOS / 3.09.05/2017 14:41 - 000000219867

AGRESTINA, 02 MAIO DE 2017

*Josue da Silva Vila Nova Filho*  
JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO



REMITENTE: JOSUÉ DA SILVA VILA NOVA FILHO  
RUA. CASSEMIRO F. SANTOS, 16 - CENTRO  
AGRESTINA - PE.

CEP. 55495-000.



10.40

A  
SEGURADORA LIDER - OPVAF.

RUA SENADOR DANTAS, 94 - 15º ANDAR.

RIO DE JANEIRO - RJ.

CEP. 20031-205.



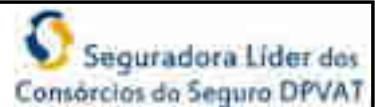
Este documento foi gerado pelo usuário 008.\*\*\*-05 em 13/10/2023 10:07:53

Número do documento: 23101310063070900000144379696

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101310063070900000144379696>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2023 10:06:30

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170120399      **Cidade:** Altinho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO      **Data do acidente:** 18/12/2016      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 07/04/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Não definido

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

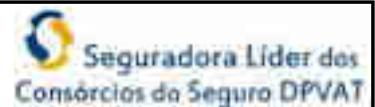
**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170120399      **Cidade:** Altinho      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO      **Data do acidente:** 18/12/2016      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 18/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura em clavícula esquerda

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSUE DA SILVA VILA NOVA FILHO** Sinistro: **3170120399** Data: **18/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R CASSIMIRO F. SANTOS, 16, casa - CENTRO - Agrestina - PE - CEP 55495-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp** /PE ] **6192757**

Data local do exame: [ **19/05/2017** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura da escápula esquerda. Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo. Ao exame: flexão em 160°, extensão em 5°, abdução em 140° e adução em 25° do ombro esquerdo.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Quadro submetido a tratamento conservador.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [  ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do ombro esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):  
**Ombro esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE

