



SAMU  
192



Hora do chamado: 18 : 06  
Chegada ao local: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Saída do hospital: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Hora da conclusão: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

### FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 14, 12, 17 Distrito: \_\_\_\_\_ Número da Ocorrência: 5416 544  
Motivo da Solicitação: lesão larva ☐ UTI ☐ Básica ☐ Helicóptero

<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICOS
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTES/CANCELADAS
		<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO - Senha <u>5319 705</u>

### IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Wermeson Cleberson de Lima DN: 16/08/87 Idade: 31 anos

Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

End.: Engenho meata - Usim. Caranheiras

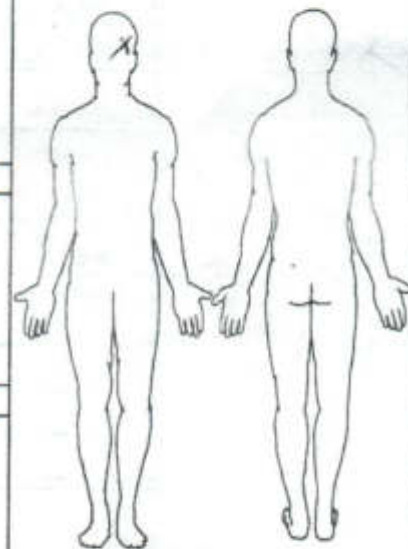
Solicitante: mariauel Fone: \_\_\_\_\_

End. Ocor.: PE662 - próx. Hotel Alfaia Bairro: \_\_\_\_\_

Referência: Próx. tramo de Aliança

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

<b>Acid. Automóvel</b> <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás <b>Uso do Cinto</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Acid. Motocicleta</b> <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro <b>Uso do Capacete</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Atropelamento</b> <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros	<b>Mecan. do Trauma</b> <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Ejeção <input type="checkbox"/> Impacto frontal <input type="checkbox"/> Impacto lateral <input type="checkbox"/> Impacto traseiro
<b>Acid. Trânsito</b> <input type="checkbox"/> Carro ou Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão Placa: _____	<b>Acid. Ciclista</b> <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros: _____	<b>Intoxicação</b> <input type="checkbox"/> An. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógeno <input type="checkbox"/> Outros Agente causador: _____	<b>Exposições</b> <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo <input type="checkbox"/> ( ) 1° ( ) 2° ( ) 3° <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química
<b>Asfixia</b> <input type="checkbox"/> Semi-afofamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros	<b>Queda</b> <input type="checkbox"/> Própria altura <input type="checkbox"/> Outra altura Aproximadamente _____ metros	<b>Agressões</b> <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Tipo _____ <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Tipo _____ <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Maus tratos <input type="checkbox"/> Abuso sexual	



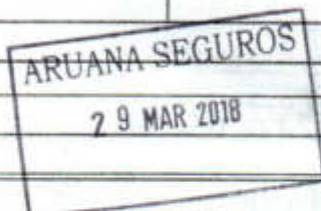
### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica Conhecida: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Temperatura _____	Glicemia(HGT) _____	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
Vias aéreas _____	Pulso _____	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
F.R. _____		<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retratação Xifóide
		<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios







SAMU  
192

### EXAME NEUROLÓGICO

#### Avaliação Primária

- ☒ Alerta  
☒ Resposta Verbal  
☐ Resp. estímulos Dolor  
☐ Irresponsivo

#### Sinais de Disf. Cerebral

- ☐ Déficit Motor  
☐ Desvio de Comissura Labial  
☐ Dificuldade de Fala

#### Avaliação das Pupilas

- ☐ Isocóricas  
☐ Anisocóricas  
☐ Midríase  
☐ Miose

### NATUREZA DA LESÃO

- ☐ Lesões Intra-abdominais  
☐ Lesões Intra-torácicas  
☐ Presença/Sangue

#### Fratura - Ossos Longos

- ☐ Aberta ☐ Fechada

### ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total de Pontos
Abertura Ocular Espontânea	4	Obedece Comando	6
Abertura Ocular à Voz	3	Localiza Estímulos Dolorosos	5
Abertura Ocular à Dor	2	Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Sem Abertura Ocular	1	Flexão Anormal (Decorticação)	3
		Extensão Anormal (Descerebração)	2
		Sem Resposta Motora	1

13

### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- ☐ Aspiração de Sangue e Secreção  
☐ Entubação Orotraqueal  
☒ Imobilização de Coluna Cervical  
☒ Infusão de Fluidos  
☐ Reanimação Cardiopulmonar  
☐ Imobilização de Membros

#### Ventilação Mecânica

Modalidade: \_\_\_\_\_  
FIO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

#### Adaptação Ventilação

- ☐ Bem ☐ Mal

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

O<sub>2</sub>: ☒ Catéter ☐ CPAP ☐ Venturi \_\_\_\_\_ % ☐ Másc. cf Reservatório

### USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

☒ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha ☐ \_\_\_\_\_

Informante: ☐ A própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar \_\_\_\_\_

- ☐ Alteração de Humor ☐ Agitado/Irritado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente  
☐ Alteração na marcha ☐ Agressivo ☒ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento

Referente a ingestão de bebida alcoólica há: \_\_\_\_\_

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde o paciente foi encaminhado:

U.M.A para o HR

Registro do hospital: \_\_\_\_\_

Médico que Recebeu: \_\_\_\_\_

- ☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar  
☐ Orientação para o Ambulatório  
☐ Óbito Antes do Atendimento  
☐ Óbito durante o Atendimento  
☐ Prancha Retida  
☐ Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

### EQUIPE

Médico Regulador: \_\_\_\_\_ Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Enfermeira: \_\_\_\_\_ Socorrista: Ariely

Condutor/Piloto: Elimário Op. de Frota/OEE: \_\_\_\_\_

Função do responsável pelo preenchimento: tec. Enfermagem Ass.: \_\_\_\_\_

SOLICITOU APOIO DA UTI

☐ SIM

☐ NÃO

Observação: \_\_\_\_\_

### EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018

Ariely Lins  
Téc. Enfermagem  
COREN-PE 531.157



## COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA

CGC 10.319.853/0001-44  
End.: Eng. Bujari S/N

Insc. Estadual: 0006650-88  
Fone: (81) 3797-0200 FAX: 3626-0880

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que Wermeson Cleberson de Lima RG 7732118 SDS/PE e CPF 076.032.054-65 é funcionário desta empresa desde 02/09/2013 na função de Líder de Transporte e reside no Engenho Terra Rica (Coqueiro), casa nº 09 localizada na Usina Santa Teresa – Goiana – PE.

Declaro ainda que o mesmo por residir em área da empresa, não paga água nem energia elétrica.

Goiana, 18 de maio de 2017.

Atenciosamente,

Rosângela Rodrigues de Freitas  
Analista Administrativo. – Relações Comunitárias  
CAIG - Companhia Agro Industrial de Goiana

Escritório  
Usina

Av. Marques de Olinda, 11, Edf. Nassau - Bairro do Recife - CEP.: 50.030-000 - PABX: (081) 4009-8000  
Fazenda Usina Bujari, S/N - CEP.: 55.900-000 - PABX: (081) 3797-0200 - Fax.: (081) 36260880

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-8 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

MELICHO DA COSTA LEITE NETO

RUA DO DE CAXIAS, 170 D

CPF: 214 938 474-49

CENTRO/GOIANA  
GOIANA PE  
55900-000

B3 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Totais

CONTA CONTRATO 2431353019 MÊS/MANO 01/2018

Nº DA NOTA FISCAL 000345689	SERIE UNICA	EMISSION 05/07/2019
--------------------------------	----------------	------------------------

DATA DE VENCIMENTO: 22/01/2018 DATA DE VENCIMENTO PRÓXIMA LECTURA: 03/02/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
--------------	---------------	------------------

TOTAL A PAGAR (R\$)	331,41
---------------------	--------

Consumo Ativo (lo/h)  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
Contribuição Iluminação Pública  
Multa por atraso-NF 000323385 - 07/11/17  
Juros por atraso-NF 000323385 - 07/11/17  
Atualização IGP-M-NF 000323385 - 07/11/17  
Doação APAE - 0800 722 2723

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
377,000000	0,67761220	255,36
		12,78
		48,75
		5,43
		3,28
		1,78
		10,00

TOTAL DA FATURA

33141

Nº DO MÊS/ANO	TIPO DA LÍQUIDAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE 1,00000	AJUSTE	CONSUMO (kWh) 271,00
		DEBATE 017	LEITURA 02	DEBATE 018	LEITURA 02				
MÉDIA 999									
JAN 18	371								
FEV 17	477								
MAI 17	304								
JUN 17	304								
SET 17	416								
AGO 17	316								
MAI 17	430								
JUN 17	450								
MAI 17	416								
ABR 17	480								
MAR 17	466								
FEV 17	316								
JAN 17	430								

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	R\$	72,36	27,81%
Transmissão	R\$	7,70	2,81%
Distribuição (Câmpo)	R\$	63,58	24,07%
Perdas de Energia	R\$	18,10	7,22%
Energia Solarizada	R\$	33,66	8,07%
Tributos	R\$	70,29	26,11%
Total	R\$	264,17	100%

Consumo (kWh) (R\$)	
BASE DE CÁLCULO 17	75,00
%	0,72
VALOR DO MÊS/ANO	1,20
BASE DE CÁLCULO 18	3,30
%	0,80

F23C C338 866A A644 DEAB 1242 5AA5 A84C

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Variação 2016/2017	Diferencial 2016/2018	Variação 2016/2018	Variação	Diferencial	Variação
-----------------------	--------------------------	-----------------------	----------	-------------	----------

Em caso de não pagamento do alíquo, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ser inscrita a unidade nos registros de restrições de crédito do SIC e SEPASA, em âmbito nacional. Esta inscrição não autoriza o envio de denúncias anônimas bem como não enseja ações judiciais ou decisões do Juízo que possa ser em cobrança após o fim do processo.

filho e a irmã de menor idade, de 16 anos, em 2016, e a irmã de menor idade, de 14 anos, em 2017. A filha de menor idade, de 16 anos, em 2016, e a irmã de menor idade, de 14 anos, em 2017, foram declaradas como dependentes do pai, de acordo com o artigo 2º, inciso I, do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 12.010/2009). A filha de menor idade, de 16 anos, em 2016, e a irmã de menor idade, de 14 anos, em 2017, foram declaradas como dependentes do pai, de acordo com o artigo 2º, inciso I, do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 12.010/2009).

CONSUMO					TENSÃO	
CONSUMO	VALOR DO APORTE	LIMITE DE APORTE	LIMITE DE TENDIMENTO	LIMITE DE TENDIMENTO ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE TENSÃO
	0,00	2,33	6,4	12,80	250	
	0,00	2,77	0,00	0,00		
Linha 02C	2,33	8,00 - Valor do Encargado de Uso do Sistema em Cash-Buyback - R\$ 81,80				

2431353019	01/2018	22/01/2018	
COTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR incl.
829.000,00			331,41



ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613-98.

Pelo exposto, eu Wermeson Cleberson de Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.562.324 65  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wermeson Cleberson de Lima inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 076.038.054 65 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da vítima  
Wermeson Cleberson de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço	Endereço	Número	Complemento
Rua Duque de Caxias		170	0
Bairro	Cidade	Estado	CPF
Centro	Goiana	PE	55900-000
Email	Telefone comercial DDD:		Telefone celular DDD:
aruanaseguros@gmail.com	(81) 3011-3224		(81) 9.9808-6287

Goiana 19 de março de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do declarante

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018



PREFEITURA DA  
**ALIANÇA**  
A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA**

Rua Marechal Deodoro, s/n - Aliança - PE - CEP 55 890 - 000  
Fone: 3637.1340 / 3637-1388 / E-mail: unidademista2009@hotmail.com

**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

Registro Nº 302 722 1840 Hora: 18:40 Recepcionista: Sus

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ DATA: 14/12/17

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE:

NOME: Wermerson Cleberson de Lima

DATA DE NASCIMENTO: 30 / 1 / 1987 SEXO ☒ M ☐ F ☐ IGNORADO ☐

ESTADO CIVIL: 30 ESCOLARIDADE: 16108187 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR

☐ 1 - BRANCA  
☐ 2 - AMARELA  
☐ 3 - PRETA  
☐ 4 - INDÍGINA  
☒ 5 - PARDA

NOME DA MÃE: Maria do Socorro Gomes de Moura

ENDEREÇO: Rua Nulatas 3 Nº \_\_\_\_\_ COMPL.: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

BAIRRO: Vicência MUNICÍPIO: Vicência UF: \_\_\_\_\_

ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

PRECEDÊNCIA: 0 mesma MEIO DE TRANSPORTE: PC

HDA: Paciente - 1º de acidente automobilístico frontal, com lesões e  
em 1º e 2º grau, com dor torácica e dor

VACINAS ATUALIZADAS SIM ☐ NÃO ☐

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO AUTOMÓVEL ☒ ÔNIBUS ☐ MOTO ☐ OUTRO ☐ QUAL? \_\_\_\_\_ ☐ IGNORADO

FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE SIM ☐ NÃO ☐ ☐ IGNORADO

MODO DE ATROPELAMENTO COLISÃO ☐ CAPOTAGEM ☐ OUTRO ☐ QUAL? \_\_\_\_\_ ☐ IGNORADO

INDO / VOLTANDO DO TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐ ☐ IGNORADO

ACIDENTE DO TRABALHO

ORIGEM CONSTRUÇÃO CIVIL ☐ INDÚSTRIA ☐ AGRICULTURA ☐ COMÉRCIO ☐ QUAL? \_\_\_\_\_ ☐ IGNORADO

LOCAL DE TRABALHO: ORGÃO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ ☐ IGNORADO

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

INTOXICAÇÃO ACIDENTAL ☐ QUEDA ACIDENTAL ☐ AFOGAMENTO ☐ QUEIMADURA ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTRO ☐ QUAL? \_\_\_\_\_

AGRESSÃO ☐ IGNORADO

POR ARMA DE FOGO ☐ ARMA BRANCA ☐ ESPANCAMENTO ☐ OUTROS ☐ QUAL? \_\_\_\_\_ ☐ IGNORADO

POR ASSALTO ☐ BRIGA ☐ AÇÃO POLICIAL ☐ AGRESSÃO SEXUAL ☐ OUTROS ☐ QUAL? \_\_\_\_\_

AUTO AGRESSÃO ☐ SUICÍDIO ☐ ☐ IGNORADO

POR ARMA DE FOGO ☐ ENFORCAMENTO ☐ DROGAS ☐ QUEDA DO NÍVEL QUAL? \_\_\_\_\_ ☐ IGNORADO

LOCAL DA OCORRÊNCIA

VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ AMBIENTE DE TRABALHO ☐ ESCOLA ☐ OUTROS ☐ QUAL? \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO:

A) GERAL PESO: 66,4 ESTATURA \_\_\_\_\_ TEMP \_\_\_\_\_ C

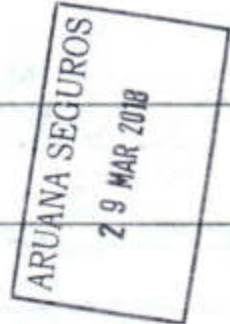
ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018



DPOL: 70%

C: CARDIOVASCULAR: <i>Reação</i>	PULSO: <i>92</i>	BMP	PA: <i>120</i>	X <i>70</i>	MMHG
D: EXAME NEUROLÓGICO: <i>9/15</i>					
E: ABDÔMEN: <i>Flex indur - p/presso</i>					
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Tumor tumor?</i>					
EXAMES SOLICITADOS:					
TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS: <i>1- SFU 70. 2000 - 1 EL</i> <i>2- Depress 10 EL + AL</i>					
DATA: <i>14 / 12 / 17</i>					
Dr. José Lacerda Neto Médico ASSINATURA CONSELHO Nº CREMEPE 25222					



DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
-------------------------

ALTA MELHORADO <input type="checkbox"/>	INTERNADO <input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>
TRANSFERIDO PARA: <i>HR - Ca ym - 5319 701</i>			
MÉDICO	CRM	DATA	HORA

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões sem exames complementares e transporte se forem necessários.
--

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: 907 306

Nome: Wermeson Cleberson de Lima

Foi atendido às 20:31 hs. do dia 14/12/2017

Diagnóstico Provável:

Politrauma após acidente  
automobilístico.

TCE / Trauma de face /  
Trauma toracoabdominal

Tratamento Realizado:

Tomografia crânio / torax /  
abdome

Sutura de face

Observação: Rebater pontos CI 7 -  
10 dias

Cópia de:

Médico - CRM

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovar o atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04.602 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1103879637

1103879637

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1103879637

Nome: WERMESON CLEBERSON DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 7732118 SDS PE

CPF: 076.038.054-65 DATA NASCIMENTO: 16/08/1987

PLAÇÃO: CICERO JOSE DE LIMA

MARINALVA GOMES DE MOURA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: A/B

Nº REGISTRO: 05814753937 VALIDEZ: 16/06/2020 1ª HABILITAÇÃO: 21/08/2010

OBSERVAÇÕES: sem observações

Assinatura do Portador: Wermeson Cleber de Lima

Assinatura do Serviço: 71038750494 PE067108016

LOCAL: BOIANA - PE DATA EMISSÃO: 16/06/2015

DETRAN - PE / PERNAMBUCO

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
8317118 SDS PE

CNPJ  
083.562.324-65

DATA NASCIMENTO  
01/11/1991

FUNÇÃO  
MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE  
DE CARVALHO  
ROMMELA ALESSANDRA  
MANGABEIRA ALBUQUERQUE

PERMISSÃO  
ACC  
PCAT. PNE  
B

Nº REGISTRO  
04903238220

VALIDADE  
09/01/2020

PHABILITAÇÃO  
18/03/2016

OBSERVAÇÕES  
sem observações

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO  
12/01/2015

ASSINATURA DO DIRETOR

16440965286  
PE064115453

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1019700386

PROBIDO PLASTIFICAR  
1019700386

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

013177915023

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 2 COD RENAVAM 979876656 EXERCICIO 2017

LUIZ JOSE DA SILVA

RECIFE-PE

062.509.844-70 KJV7656

93YB3RGRH9J100709

PAS AUTOMOVEI ALCO/GASOL

RENAULT/SANDERO AUT1016V 2008 2008

SP/76CV/998CL PARTIC PRATA

IPVA 2017 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

AL. FID. ACEI AYMORE CRED FIN INV

RECIFE-PE 24/05/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

013177915023

BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUIZ JOSE DA SILVA

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
E NO CONTRATO DE SEGURO DE COBERTURA

www.segurosdelider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE

EXERCICIO 2017 DATA EMISSAO 24/05/17

062.509.844-70 KJV7656

RENAULT/SANDERO AUT1016V 2008 2008

93YB3RGRH9J100709

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

AL. FID. ACEI AYMORE CRED FIN INV

RECIFE-PE 24/05/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN/PE

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.908/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

CLASSE 11 - BOMBA OBRIGATORIO

9102-230

9 MAR 2018

ARUANA SEGUROS





Seguradora Líder • DPVAT

ASU: 0111747118  
SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wermeson Cleberson de Lima  
DATA DO ACIDENTE 14.12.17 CPF DA VÍTIMA 046.038.054-65  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Quá Guilherme Mangabeira de Carvalho  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Wermeson Cleberson de Lima  
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias  
Nº 170 COMPLEMENTO 0 BAIRRO Centro  
CIDADE Goiana UF PE CEP 55900-000  
E-MAIL aruarua.goiana@gmail.com TELEFONE (81) 3011-3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74,
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/03/18  
IDENTIDADE 8.317.118  
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29/03/2018  
NOME ARUANA SEGUROS  
ASSINATURA [Assinatura]



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180143765 **Cidade:** Aliança **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WERMESON CLEBERSON DE LIMA **Data do acidente:** 14/12/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 11/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIOFACIAL, TORÁCICO E ABDOMINAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180143765 **Cidade:** Aliança **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WERMESON CLEBERSON DE LIMA **Data do acidente:** 14/12/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo cranio encefálico.  
ferimento na face.

Traumatismo torácico com fratura de três arcos costais à esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima ao exame físico, sem sequelas neurológicas, faciais ou torácicas.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador do traumatismo cranio encefálico e do traumatismo torácico.  
Tratamento cirúrgico com sutura do ferimento da face.  
Não realizou fisioterapia.  
Alta médica.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 17/04/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** vítima sem sequelas, apresenta cicatriz na região palpebral esquerda.

**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES

**CRM do médico:** 17742

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARCO ANTONIO TARTARELLA

**CRM do médico:** 41033

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Wermeson Cleberon de Lima  
Identidade: 7732118 CPF: 076.038.054-65 Estado Civil: Solteiro  
Profissão: Lider de Transporte End: Eng Terra Rica, 09,  
Lima Santa Teresa, Goiânia-PE

Outorgado: Luís Guilherme Mangabeira de Carvalho  
Identidade: 8.317.118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: Casado  
Profissão: Autônomo End: Rua Duque de  
Caxias, 107, D, Centro, Goiânia-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Wermeson Cleberon de Lima  
Identidade: 7732118 CPF: 076.038.054-65

 Goiânia 16 de Janeiro de 2018

Wermeson Cleberon de Lima

 **Serviço Notarial e Registral do 5º Ofício Cartório Maria Helena**  
Rua Dr. Manoel Barão nº 181 Fone/Fax: (61) 3088-0701 - (61) 3088-0101 Goiânia - PE - e-mail: [marthelenacartorio@uol.com.br](mailto:marthelenacartorio@uol.com.br)

Reconheço Por Autenticidade a firma de: WERMESON CLEBERSON DE LIMA, Dou fé, em Goiânia, 16/01/2018, 15:25:25. Em testemunho da verdade. A tabela  
Wermeson Cleberon de Lima Emol. R\$3,99, TSNR R\$0,80, FENR R\$0,40 Total: R\$4,79 Selo: 0077628.10R11201702.03920 consulte autenticidade em [www.tine-ius.br/selcdigital](http://www.tine-ius.br/selcdigital)

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

Vilma Joaquim de Lima  
Escrevente

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180143765

**Nome do(a) Examinado(a):** WERMESON CLEBERSON DE LIMA

**Endereço do(a) Examinado(a):** ENG TERRA RICA, 09 - GOIANA/PE - CEP 55900-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 7732118 - sds-pe - 16/06/2015

**Data e Local do Acidente :** 14/12/2017 - Aliança, PE

**Data e Local do Exame :** 17/04/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

TCE, ferimento em face, trauma toracico com fratura de 3 arcos costais a esquerda.

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

Tratado conservadoramente com suporte clinico, analgesia e sutura do ferimento de face, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta cerca de 5 dias após o trauma.

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

vitima consciente e orientado ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com entrevistador. Apresenta expansibilidade toracica sem alterações. Cicatriz de sutura em região palpebral esquerda.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☐ Sim ☒ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

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

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

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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





---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180143765**

Vitima: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Data do Acidente: **14/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180143765**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12607541



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Sinistro: **3180143765**

Vítima: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Data do Acidente: **14/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180143765** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180143765**

Vitima: **WERMESON CLEBERSON DE LIMA**

Data do Acidente: **14/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180143765**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

076.038.054-65

Nome completo da vítima

Wermeson Cleberson de Lima

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

Nome completo  
Wermeson Cleberson de Lima

CPF titular da conta

076.038.054-65

Profissão

recuseu

Endereço  
Eng. Tuxa Riera

Número

09

Complemento

Bairro  
Ubirama Santa Tereza

Cidade

Goiana

Estado

PE

CEP

55900-000

E-mail  
arbuana.gaiana@gmail.com

Telefone (DDD)

(81) 9.9808-6287

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 9.000,00

☐ R\$ 9.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Brasil

001

AGÊNCIA

Nº

UF

CONTA

Nº

DPV

AGÊNCIA

Nº

UF

CONTA

Nº

DPV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

0220

8

31649

3

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

**ARUANA SEGUROS**

29 MAR 2018

Goiana 19 de março de 2018

Lugar e Data

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

16/01/2018 - BANCO DO BRASIL S.A. - 12.04.55  
0242572325 - AUTO-ATENDIMENTO

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0220-8 CONTA: 37.649-3  
CLIENTE: WERMESON CLEBERSON LIMA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
05/12/2017		
Saldo Anterior		<del>0,00C</del>
22/12/2017		
Recebimento de Proventos 193265		<del>824,38C</del>
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Tarifa Pacote de Servicos 091715		<del>2,71C</del>
Cobr parc tarf pend ref a 05/12/2017		<del>821,67C</del>
Saldo		
28/12/2017		
Recebimento de Proventos 626728		<del>1.387,78C</del>
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Saldo		<del>2.188,43C</del>
29/12/2017		
Saque no TAA 999999		<del>2.000,00C</del>
29/12 14:07 SAA-ABREU E LIMA		<del>189,43C</del>
Saldo		
05/01/2018		
Tarifa Pacote de Servicos 129113		<del>12,40C</del>
Tarifa referente a 05/01/2018		<del>177,03C</del>
Saldo		
15/01/2018		
Recebimento de Proventos 138264		<del>3.050,66C</del>
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Recebimento de Proventos 138538		<del>828,77C</del>
COMPANHIA AGRO INDUSTRIAL DE GOIANA		
Saque no TAA 999999		<del>2.000,00C</del>
15/01 18:16 SAA-IGARASSU		
Transferencia enviada 010925		<del>500,00C</del>
15/01 1363 10925-8 CICERO JOSE DE		
Transferencia enviada 011197		<del>300,00C</del>
15/01 2039 11197-X A BARBOSA ANDR		<del>1.248,46C</del>
Saldo		
16/01/2018		
Saque no TAA 999999		<del>1.240,00C</del>
16/01 12:00 SAA-PEDRAS DE FOGO		
S A L D O		8,46C

Juros \* 0,00  
Data de Debito de Juros 01/02/2018  
IOF \* 0,00  
Data de Debito de IOF 01/02/2018  
(\*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos  
devedores diarios no mes anterior ao debito.

O SEU CARTAO JA ESTA DISPONIVEL EM SUA AGENCIA.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informacoes.

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA - DP48ªCIRC DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0138001185

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/12/2017 às 13:49

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 14/12/2017 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALIANÇA, 01, PE62 - Bairro: CENTRO - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL -  
Ponto de Referência: DEPOIS DA OFICINA DE CHICO DOIDO/EUCALIPTOS  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

RIVALDO ALVES DE FRANÇA (AUTOR/AGENTE)  
CICERO JOSE DE LIMA (OUTRO)  
LUIZ JOSE DA SILVA (OUTRO)  
FFS LOCAÇÕES DE CAMINHÕES LTDA EPP (OUTRO)  
WERMESON CLEBERSON DE LIMA (VITIMA) ✓

ARUANA SEGUROS  
29 MAR 2018

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WERMESON CLEBERSON DE LIMA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RIVALDO ALVES DE FRANÇA

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

WERMESON CLEBERSON DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINALVA GOMES DE MOURA Pai: CICERO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 16/8/1987 Naturalidade: CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7732118/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GOIANA, 01, ENGENHO COQUEIRO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

RIVALDO ALVES DE FRANÇA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE ALVES DE FRANÇA Pai: ANTONIO LUIZ DE FRANÇA Data de Nascimento: 30/8/1972 Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Endereço Residencial: RUA MANOEL CORTE REAL - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO DO MEIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL Endereço Comercial: BAIRRO DE MURIBECA DOS GUARARAPES (BAIRRO), 1532, TRANSPORTADORA FERREIRA LOG - BR 101 - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

CICERO JOSE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DE LIMA Pai: JOSE FRANCISCO DE LIMA Data de Nascimento: 20/7/1966 Naturalidade: GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 3043847/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ADMINISTRADOR(A) Telefones Celulares: -81999736422

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE VICENCIA, 0, ENGENHO MULATA - ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL

LUIZ JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL  
Endereço Residencial: RUA NEGROMONTE, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: FUNDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

FFS LOCAÇÕES DE CAMINHÕES LTDA EPP - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -  
Endereço Comercial: TRAVESSA SANTA FLORA, 1407, LT 05J 003 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS  
GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUIZ JOSE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): WERMESON  
CLEBERSON DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/RENAULT/SANDERO Objeto apreendido: Não  
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJV7656 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 979887665 Chassi: 93YBSR0R1BJ100709  
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2009 Combustível: ALCO/GASOL  
Descrição: RENAULT/SANDERO AUT1016V

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FFS LOCAÇÕES DE CAMINHÕES LTDA EPP, que estava em posse do(a) Sr(a):  
RIVALDO ALVES DE FRANÇA


Categoria/Marca/Modelo: CAMINHÃO/MBENZ/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: FFN5106 (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: 568432088 Chassi: 9BNB79023DS016841  
Combustível: DIESEL  
Descrição: MBENZ/ACCEL 0815

### Complemento / Observação

ESTEVE HOJE NESTA DEPOL O SR. CICERO JOSE, PAI DA VÍTIMA DESSA OCORRÊNCIA, COMUNICANDO QUE NA DATA CITADA O FILHO DELE HAVIA SOFRIDO UM ACIDENTE AUTOMÓVEL E QUE ELE, NOTICIANTE, COMPARECEU AO LOCAL. DISSE AINDA QUE CONVERSOU COM MOTORISTA DO CAMINHÃO ENVOLVIDO QUE ERA CONDUZIDO PELO SR. RIVALDO, E QUE O MESMO TERIA LHE DITO QUE FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E COLIDIU COM O OUTRO VEÍCULO CONDUZIDO PELA PESSOA DE WERMESON. NOS RELATOU TAMBÉM QUE UMA EQUIPE DA POLÍCIA MILITAR ESTEVE NO LOCAL E REGISTROU O FATO SOB O BO Nº 4421/2017 O QUAL NOS FOI ENTREGUE A POSTERIORE PELOS POLÍCIAIS MILITARES. RELATOU TAMBÉM QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMBAO HOSPITAL LOCAL, MAS QUE NÃO FICOU NESTA UNIDADE SENDO LEVADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE ENCONTRA-SE INTERNADO. DIANTE DOS FATOS REGISTRO A OCORRÊNCIA. SEM MAIS, ENCERRO O PRESENTE.

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

  
CICERO JOSE DE LIMA  
(OUTRO)

B.O. registrado por: ANDRE JOSE TRAJANO DO NASCIMENTO - Matrícula: 272745-5  


ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018





1.ª Via

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE Ocorrência4421/17  
Série-A  
1ª Parte

Unidade Operacional	Circunscrição	Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas
2ª Bn 3ª Co	48ª	14/12/17	20:30	01/1
Descrição da Notícia			Avise de ocorrência do CDD	
ACIDENTE DE TRÂNSITO C/ VITIMA N/ FATAL			Nº	
Data (dd / mm / aaaa)	Hora (hh:mm)	<input checked="" type="checkbox"/> Automa Conhecida <input type="checkbox"/> Automa Desconhecida	<input type="checkbox"/> Conhecida <input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Colapso <input type="checkbox"/> Dolosa
14/12/17	18:00			<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Intencional
Circunscrição do Fato		Local Principal da Ocorrência		
48ª		VE 62		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)				Número
VE 62				
Complemento (Apto, Sala, Andar)		Bairro	CEP	
		RURAL		
Município		UF	Ponto de Referência	
ALIANÇA		PE	Apoia a Oficina de Chico Doido	
<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Nome / Razão Social				
WERMESON CLEBERSON DE LIMA				
Pa				
Cicero José de Lima				
Mãe				
Marília da Góes de Moura				
Apelido / Nome Fantasma		Sexo	M	Estado Civil
-		F		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado
				2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)
Data de Nascimento	Idade (Anos)	Esp. Civilidade		1. Grau Completo 2. Grau Incompleto 3. Grau Completo
16/08/1987	30A			4. 2º Grau Completo 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto
<input checked="" type="checkbox"/> RJ <input type="checkbox"/> GOV	Orgão Expedidor	UF	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?	Orgão Expedidor
7532118	SBS	PE		Naturalidade
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número	Complemento	
Chão de Fubenta				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Rural		Vicência	PE	
Dados Profissionais/Emprego		Profissão		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número	Complemento	
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente	1. Até 1,5m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. Acima de 1,80m	Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg 4. Acima de 60 kg	Cor da Pele
				1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)	Barba (Descrever)	Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)		
<input type="checkbox"/> VITIMA <input checked="" type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Nome / Razão Social				
RIVALDO ALVES DE FRANCA				
Pa				
Antonio Luiz de Franca				
Mãe				
Maria José de Franca				
Apelido / Nome Fantasma		Sexo	M	Estado Civil
		F		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado
				2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)
Data de Nascimento	Idade (Anos)	Esp. Civilidade		1. Grau Completo 2. Grau Incompleto 3. Grau Completo
30/08/1972	45A			4. 2º Grau Completo 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto
<input checked="" type="checkbox"/> RJ <input type="checkbox"/> GOV	Orgão Expedidor	UF	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?	Orgão Expedidor
4426613	SST	PE		Naturalidade
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número	Complemento	
Rua Manoel Costa Reis				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Carvalho de São	55.330.240	Recife	PE	986423762
Dados Profissionais/Emprego		Profissão		
Transportador Ferrovia Log		Motorista		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)		Número	Complemento	
Rodovia BR 101, 1				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Barro Vermelho		Barro Vermelho	PE	1532
Altura Aparente	1. Até 1,5m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. Acima de 1,80m	Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg 4. Acima de 60 kg	Cor da Pele
				1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)	Barba (Descrever)	Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)		





ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO N° 4423/2017

Modus Operandi	Unidade Operacional <b>2ºBPM</b>	Circunscrição: <b>48ª ALIANÇA</b>	Data Reg <b>17.12.17</b>	Hora Reg <b>20:30</b>	N° da fl / Total de fls <b>02 / 02</b>
	Forma de Aproximação?	Forma de Ação da Abordagem?			
	Local de Entrada?	Forma de Entrada?			
	Alterações no Local?	Forma de Evasão?			
Crimes Sexuais?	Estelionato?				
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca/Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Objetos Envolvidos	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca/Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Dados dos Veículos	Envolvido	Marca/Modelo	Cor	Ano	Renavam
	Quantidade	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Dados	Envolvido	Marca/Modelo	Cor	Ano	Renavam
	Quantidade	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do objeto?				
	Qual o motivo do registro do objeto?				
Complementares	QUANDO FAZIAMOS RONDAS NOS DISTRITOS DESTA CIDADE, AO RETORNAR NOS DEPARAMOS COM UM ACIDENTE DE TRANSITO NA PE 062. O ENVOLVIDO 02 TENTOU ULTRAPASSAR E COLIDIR COM O VEICULO DO ENVOLVIDO 01. A VITIMA FOI SOBRADA PELA O MR E SEU VEICULO BASTANTE DANIFICADO. O MEDICO DE PLANTAO DESTA CIDADE NISSO AVEZ MODO NA CORRE RISCO DE MORTE.				
	GRATIVO: SGT SOTOMAIOR 507603-2				
	CR RIBEIRO 920315-7				
	SGD OLIVEIRA 304998-4				
Exames Periciais : S. Solicitado R. Realizado					
Tipo do exame		Envolvido	Tipo do exame	Envolvido	Tipo do exame
Conductor	Recebedor	Matricula		Viatura	Unidade
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a)		Responsável pela Validação	
Matricula N° 507603-2				Matricula N° 272745-5	
Ass: Sotomaior		Ass:		Ass:	
Nome: RUIRIGO SOTOMAIOR		Nome:		Nome: TRASANO	

ARUANA SEGUROS

29 MAR 2018

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Wermerson Cleberson de Lima

CPF da Vítima

076.038.054-65

Data do Acidente

14.12.17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

**ARUANA SEGUROS**

**29 MAR 2018**

Goiânia 19 de março de 2018

Local e Data

Wermerson Cleberson de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal