



30/07/2020

Número: **0065812-88.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EVALDO VICENTE FERREIRA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65509209	30/07/2020 10:57	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014482210540  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VA 1 258915323  
COD. RENAVAM 258915323  
H. N. TRC. 2018  
EXERCÍCIO 2018

Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA

PAUDALHO-PE

Placa: 070.061.814-70  
CPF / CNPJ: PF08469

Placa ANT / UF: 9C2K01550AR198051  
Chassi: 9C2K01550AR198051

PAIS / MOTOCICLISTA  
Especie tipo: GASOLINA

HONDA / CG 150 FAN ESI  
Marca / modelo: ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

2P / 149CL  
Cap / Pot / Cil: CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA 2018 QUITADO  
Cota única: 1ª VENC. 12/18

V 1 FAIXA IPVA 1ª 2ª 3ª  
A 1 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAME

PAUDALHO 16/06/18  
Assinatura: André de Souza Ribeiro  
Diretor Presidente 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

PE Nº 014482210540 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
EVALDO VICENTE FERREIRA 55825-000

CS PAUDALHO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 1 070.061.814-70  
RENAVAM 258915323  
COD. RENAVAM 258915323  
HONDA / CG 150 FAN ESI  
Marca / modelo: ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

2P / 149CL  
Cap / Pot / Cil: CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA 2018 QUITADO  
Cota única: 1ª VENC. 12/18

V 1 FAIXA IPVA 1ª 2ª 3ª  
A 1 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$)

CLUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) CLUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO  
Cota única: 1ª 2ª 3ª

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
NÃO ANO E DE BOMBS. OBRIGATORIO.

MAR/2018

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.  
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM NAO-CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, ASSOCIADA A SINDROME SIMPATICO REFLEXA DA MAO ESQUERDA, GERANDO INTENSA LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEGENERAÇÃO ARTICULAR, TENDO REALIZADO CIRURGIA DE ARTRODESE TOTAL DE PUNHO ESQUERDO. CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.  
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM NAO-CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, ASSOCIADA A SINDROME SIMPATICO REFLEXA DA MAO ESQUERDA, GERANDO INTENSA LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEGENERAÇÃO ARTICULAR, TENDO REALIZADO CIRURGIA DE ARTRODESE TOTAL DE PUNHO ESQUERDO. CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.  
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 19/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR(EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Documento/Motivo:** Documentação Médico Hospitalar

**Nome do documento faltante:** LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIAS :ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.  
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255400/19

**Vítima:** EVALDO VICENTE FERREIRA

**CPF:** 070.061.814-70

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 02/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVALDO VICENTE FERREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**EVALDO VICENTE FERREIRA : 070.061.814-70**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/07/2019  
Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA  
CPF: 070.061.814-70

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

\_\_\_\_\_  
EVALDO VICENTE FERREIRA

\_\_\_\_\_  
MARIA ERICA ARAUJO COELHO





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255400/19

Número do Sinistro: 3190449445

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

CPF: 070.061.814-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVALDO VICENTE FERREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/09/2019  
Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA  
CPF: 070.061.814-70

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

\_\_\_\_\_  
EVALDO VICENTE FERREIRA

\_\_\_\_\_  
MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449445

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

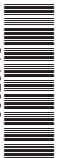
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14655510

Pag. 01485/01486 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020743





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

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449445

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01723/01724 - carta\_02 - INVALIDEZ

00010862



Carta nº 14756743





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

**Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190449445**

**Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA**

**Data do Acidente: 02/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: EVALDO VICENTE FERREIRA**

**Valor: R\$ 4.050,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000007728**

**Conta: 0000016541-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.061.814-70 4 - Nome completo da vítima: Eraldo Vicente Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Eraldo Vicente Ferreira 6 - CPF: 070.061.814-70  
7 - Profissão: recuso ny 8 - Endereço: Vila Bela Vista 9 - Número: 892 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Paudalho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55825-000  
15 - E-mail: marcelocassessa@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 81 97915-3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 7728 CONTA: 16543  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (var nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informação  
digital do  
assinante  
beneficiário  
do acidente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paudalho 18/05/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNE 001/0007/2018



BANCO ITAU S/A CONSULTA POSICAO POUPANCA

-----  
AGENCIA 7728 DATA 18/07/2019 HORA 13.46.02  
CP 16541-1/500 EVALDO VICENTE FERREIRA  
CPF 070.061.814-70 TIPO - INDIVIDUAL  
POUPANCA MULTIDATA:  
DIA/CTA SDO DISP BRUTO SDO DISP BRUTO  
ATE 3/5/12 A PARTIR 4/5/12  
\* MOVIMENTACAO DO DIA \*  
CREDITOS 20,00  
\* POSICAO EM 18/07/2019  
(+) SDO PARCIAL C/P 20,00  
(=) SALDO C/P 0,00  
(=) SDO DISPONIVEL LIQUIDO 20,00  
-----FIM



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

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

Número do Sinistro: 3190449445  
Nome do(a) Examinado(a): Evaldo Vicente Ferreira  
Endereço do(a) Examinado(a): R Bela Vista, 892  
Bela Vista Paudalho PE CEP: 55825-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 7136747  
Data local do acidente: [ 02/01/2019 ]  
Data local do exame: [ 09/09/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.  
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS.  
Complicações: PSEUDÓARTROSE E SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA DO PUNHO E MÃO ESQUERDA.  
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)**
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICIT FUNCIONAL GLOBAL AO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (COTOVELO E OMBRO PRESERVADOS) E DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO TORNOZELO DIREITO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |  |   |
|--|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>TORNOZELO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo   |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

  
**DR. LUIZ CASANOVA**  
Médico  
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC  
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114000444**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2019** às **15:24**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 21/1/2019 às 17:20

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE BAIRRO NOVO, 01 - Bairro: BAIRRO NOVO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BANCO BRADESCO.**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**  
CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA ( AUTOR \ AGENTE )  
EVALDO VICENTE FERREIRA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EVALDO VICENTE FERREIRA**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA**

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

**EVALDO VICENTE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino**  
Mãe: **JANEIDE CAVALCANTE FERREIRA** Pai: **ISRAEL VICENTE FERREIRA** Data de Nascimento: **13/2/1985**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA ENGENHO RAMOS, 892 - CEP: 0 - Bairro: GUADALAJARA - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO CHAFARIZ.**

**CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA RIBEIRO DE BRITO, 901, SL. 1004. - CEP: 55000-000 - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EVALDO VICENTE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EVALDO VICENTE FERREIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Placa: **PFJ8469 (PERNAMBUCO/PAUDALHO)** Renavam: **258915323** Chassi: **9C2KC1550AR198051**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO UTILITARIO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA**





Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: PDD2072 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

## Complemento / Observação

O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA INFORMOU QUE NA TARDE DO DIA 02 DE JANEIRO DE 2019, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANTO TRANSITAVA NO BAIRRO DE BAIRRO NOVO, OLINDA-PE. PROXIMO AO BANCO BRADESCO. QUE FOI SURPREENDIDO POR UM VEICULO AUTOMOTOR QUE FEZ UMA CONVERGENCIA A ESQUERDA EM SENTIDO PROIBIDO FAZENDO O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA COLIDIR NA PARTE LATERAL TRASEIRA ESQUERDA. QUE O CONDUTOR DO VEICULO CAUSADOR DA COLISÃO SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO. O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA FOI SOCORRIDO PELA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR PARA A UPA DE OLINDA-PE. POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

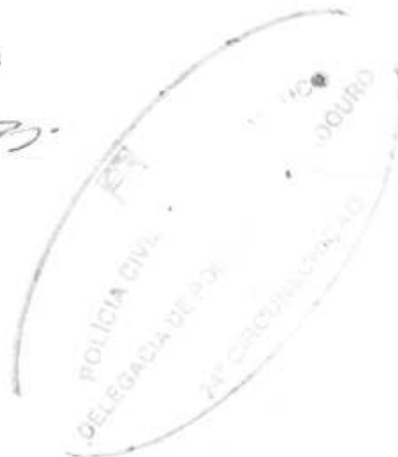
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

X *Evaldo*  
EVALDO VICENTE FERREIRA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: GUSTAVO MORAIS DE MELO - Matrícula: 273105-3

*G*

273105-3



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.061.814-70 4 - Nome completo da vítima: Eraldo Vicente Ferreira

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Eraldo Vicente Ferreira 6 - CPF: 070.061.814-70  
7 - Profissão: recuso ny 8 - Endereço: Vila Bela Vista 9 - Número: 892 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Paudalho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55825-000  
15 - E-mail: marcelocassessa@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 81 97915-3756

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 7728 CONTA: 16543  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (var nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paudalho 18/05/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CNE 001/0007/2018



BANCO ITAU S/A CONSULTA POSICAO POUPANCA

-----  
AGENCIA 7728 DATA 18/07/2019 HORA 13.46.02  
CP 16541-1/500 EVALDO VICENTE FERREIRA  
CPF 070.061.814-70 TIPO - INDIVIDUAL  
POUPANCA MULTIDATA:  
DIA/CTA SDO DISP BRUTO SDO DISP BRUTO  
ATE 3/5/12 A PARTIR 4/5/12  
\* MOVIMENTACAO DO DIA \*  
CREDITOS 20,00  
\* POSICAO EM 18/07/2019  
(+) SDO PARCIAL C/P 20,00  
(=) SALDO C/P 0,00  
(=) SDO DISPONIVEL LIQUIDO 20,00  
-----FIM





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000801 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). EVALDO VICENTE FERREIRA, 34 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 7136747 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 070.061.814-70, residente à RUA ENG RAMOS, nº 00892, QUADALAJARA, PAUDALHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/01/2019, por volta das 17:27 hs, no endereço: AV. GETULIO VARGAS, 1445, BAIRRO NOVO OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA CG VERMELHA PFJPFJ-8469-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) EVALDO VICENTE FERREIRA, inscrito sob o CPF nº 070.061.814-70 e Registro Geral nº 7136747, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940118-0 LAERCIO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 497772. Ficou aos cuidados do médico JESSICA FERNANDES, registro 26246. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/07/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site*

*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000801*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

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

CLIENTE: EVALDO VICENTE FERREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07728

CONTA: 000000016541-1

---

---

Autenticação:

21E64CB7581FC415CC7B991356A2AB568B7FA3F0B58BFBF6B472E9DD06F9C94B



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eraldo Licente Ferreira

RG nº 7.136.742, data de expedição 24/07/02, Órgão SDS/PE,

CPF nº 070.065.844-70, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Bela Vista</u>
Número	<u>890</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Paudalho</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55825-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>marcelo.caroncio@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 18/07/2019

Assinatura do Declarante: Eraldo Licente Ferreira



NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO</b> AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	 <b>CELPE</b> <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 <b>COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116</b> Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> EVALDO VICENTE FERREIRA CPF: 070.061.814-70	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>19/08/2019</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>57,30</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 18/07/2019 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 18/07/2019 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 070108002	<b>CONTA CONTRATO</b> 007010005609 <b>Nº DO CLIENTE</b> 2010215094 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0002281637
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> VI BELA VISTA 892 PAUDALHO/BELA VISTA 55825-000 PAUDALHO PE	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	<b>RESERVADO AO FISCO</b> 260E.BCE3.FEAD.6384.DCA7.3513.8715.3D96		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL										
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)						
Consumo Ativo(kWh)		65,00	0,78063095	50,74						
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,68						
Contrib. Ilum. Pública Municipal				6,25						
ICMS Subvenção-CDE-NF 062412243-17/05/19				0,23						
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002				0,60-						
TOTAL DA FATURA				57,30						
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS										
ICMS		PIS		COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
51,42	25,00	12,85	51,42	0,82	0,42	51,42	3,81	1,95		

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		
		JUL 19	65
		JUN 19	88
		MAI 19	38
		ABR 19	32
		MAR 19	80
		FEV 19	93
		JAN 19	70
		DEZ 18	84
		NOV 18	98
		OUT 18	85
		SET 18	78
		AGO 18	77
		JUL 18	51

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	16,91	32,89
Transmissão	1,85	3,60
Distribuição (Celpes)	11,25	21,88
Encargos Setoriais	2,65	5,15
Tributos	16,22	29,60
Perdas de Energia	3,54	6,38
TOTAL	51,42	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ANTER.
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003150731304	CAT	17/06/2019	2.244,00	18/07/2019	2.309,00	31	1,00000	0,00	65,00

<p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Pague no ponto mais perto de você: confiança farma: rua padre emílio 254 centro / tudo para festas: rua sao severino guadalajara, ista completa em <a href="http://www.colpe.com.br">www.colpe.com.br</a>.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> <p>Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td> </tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
NÍVEIS DE TENSÃO											
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)										
	MÍNIMO MÁXIMO										
220	202 231										
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA											

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010005609	07/2019	57,30	19/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000001 573000110075 010005609108 141681794430



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Atendimento: 1402270

Senha da Classificação:

0323

Data e Hora: 02/01/2019 18:37

Paciente: 497772 EVALDO VICENTE FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1985 Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JANEIDE CAVALCANTE FERREIRA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

232

Bairro: CENTRO

Endereço: GUADALAJARA

Cidade/UF: PAUDALHO

PE

Cep: 55825003

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

Data de Emissão:

RG (Identidade):

Fone:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 18:37

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ☒ ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



IMOBILIZAÇÃO





## UPA 24 HORAS - OLINDA

### PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora registrada da senha: 02/01/2019 18:35

Nome Paciente: EVALDO VICENTE FERREIRA  
Cód. Paciente: 497772  
Data de Nascimento: 13/02/1985  
Sexo: Masculino  
Idade: 33  
Senha: 0323  
Convênio: -  
Atendimento:  
SAME:

Período: 02/01/2019 18:36 - 02/01/2019 18:36

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELO C B RELATO TRAUMA MSE+ LESAO CORTO CONTUSO

Observação: ALERG - DM - HA S-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/01/2019 18:36

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



## SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO



Hospital das Clínicas  
**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome do Paciente:		
Nº do Registro:	Clínica:	Leito:

*Laudo médico*

*Declino para os devidos fins,  
que o senhor ELSON VICENTE  
FERNES DE 34 anos, apresenta  
pseudo artrose em ambos os  
esquadrões.*

*Além disso, apresenta síndrome  
dolorosa completa regional.*

*CID: R52.2  
n 54*

*Dr. Lopes  
Especialista: Traumatologia  
CRM-PE: 26616*

Cód. 3016.0266

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - 50.740-900, Recife-PE Fone: (081) 21216.3633

*PS: Essa patologia pode ser in  
compatível funcional irreversível.*



**RELATÓRIO DE ALTA E ORIENTAÇÕES PARA O DOMICÍLIO**

PACIENTE: EVALDO VICENTE FERREIRA	ADM: 23.04.19
REGISTRO: 1004266-6	ALERGIAS: NEGA
DATA ALTA: 26.04.19	DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1991

**RESUMO DA ALTA**

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CAMINHÃO) DIA 02/01/19, COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, ONDE APRESENTOU UMA FRATURA TRATADA COM GESSO, E APÓS RETIRADA DE GESSO, RELATA INCAPACIDADE DE FLEXO-EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, COM DOR A MOBILIZAÇÃO. INTERNA ELETIVAMENTE PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

HD: PSEUDOARTROSE DE PUNHO ESQUERDO

CIRURGIA: ARTRODESE DE PUNHO ESQUERDO.

EQUIPE: DRA GISELLY VERISSIMO, DR JOSE ERNANDO, DR LEONARDO SAMPAIO.

**ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA**

1. RETORNAR NO DIA 08/05/19, AS 07H, AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA, PARA REVISÃO CIRÚRGICA COM DRA GISELLY VERISSIMO, **(SEMPRE TRAZER TODOS OS EXAMES)**;
2. NÃO RETIRAR CURATIVO ATÉ RETORNO;
3. MOBILIZAR OS DEDOS LIVREMENTE;
4. ANALGESIA SE NECESSARIO, CONFORME PRESCRIÇÃO;
5. EM CASO DE DÚVIDAS, LIGAR PARA 2126-3673.

RECIFE, 26/04/2019

MÉDICO

*Cláudio Patriota*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE: 17462



08/05/19 12º DPO

34 anos

Paciente com queixa de parosteoma sobre  
extremidade da mão (E).

REC

Limitação do arco de movimento da  
mão.

PLANO

OTAS

Distinção por 6.

Exame: 19/06/19 25 02h

19/06/19

Paciente retorna com queixa de  
Hipermobilidade dos falanges da mão (E).

Ex: Lúmp

Ex: Evidenciando consolidação de metacarpo  
Cód. Fisioterapia mãos

orientações

Retorno 10/07/19

Dr. Heitor Lope  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-PE: 25516

10/07/19 10 h 00 min total

Porém ainda não realizou  
fisioterapia.

em) Aguardo fisioterapia  
Retorno em 16/10/19

Dr. Tito Correia Filho  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-PE: 25750





HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
AMBULATORIO DE ORTOPEDIA  
RECEITUARIO MÉDICO



NOME:	Eneldo Viçoso Farias	
Registro:	10042666	DATA:

Laudo  
Paciente com lesão  
de quadril direito medido 02/01/19  
enclavado com fixação por tala  
sem dor.

S 823

10/07/19

Dr. Tito Corrêa Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE: 22750

Cód. 3016.026

Av. Prof. Moraes Rego S/N Cid. Universitária 50-740-900. Recife- Fone: (081) 2126.363





Hospital das Clínicas  
**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome do Paciente:		
Nº do Registro:	Clínica:	Leito:

*Laudos médicos*

Declaramos para os devidos fins,  
que o senhor ELADIO VICENTE  
FERREIRA DE 34 anos, apresenta  
dado antrópico em perfeito  
estado.  
Além disso, apresenta síndrome  
polares completa unilateral.

EID: 1252.2

M 54

Dr. Antonio Lopes  
Especialista em Traumatologia  
CRM-PE: 26616

08/05/19

Cód. 3016.0266

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - 50.740-900, Recife-PE Fone: (081) 21216.3633

RS: 65511 Antecedente: RODE com  
LITANJA Funcional: 11/06/1991 e C.



Carpina, 23 de agosto de 2019.

À

Seguradora Líder dos Consórcios Seguro DPVAT

Setor: Administrativo

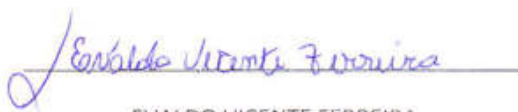
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Sinistro: 3190/449445

Venho por meio desta comunicar a esta seguradora que sofri o acidente o dia 02/01/2019 e fui socorrido para Upa de Olinda onde lá me encaminharam para o Hospital da Restauração para fazer um exame da face que não constatou nada e me deram alta para voltar para a Upa de Olinda, não fiz a cirurgia de imediato por conta do médico que não verificou que a fratura do punho e do tornozelo era caso cirúrgico, fez o procedimento conservador com o gesso e me deu alta médica, ele informou que era para passar um mês com o gesso e retirasse o mesmo em casa, quando tirei percebi que ainda esta muito inchado o punho e o tornozelo, foi aí que procurei atendimento em outros Hospitais e não tinha médicos para meu caso, decidi ir para a Upa de Paudalho onde tive o atendimento e fui transferido para o hospital de Limoeiro onde constataram a fratura e fui direto para o hospital das Clínicas onde fiz a cirurgia. Peço então que libere minha pericia para comprovar a minha seqüela e assim concluir com meu processo, caso queiram podem fazer uma auditoria para confirmar o que falo, Se não tiver nenhuma resposta positiva estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

Atenciosamente,



EVALDO VICENTE FERREIRA

CPF. 070.0061.814-70

**FONE PARA CONTATO: (81) 99138-2325/ (81)97915-3756**







UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE  
PERNAMBUCO

**DIAGIMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS**  
**DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA**



Paciente: Evaldo Vicente Ferreira

Prontuário: 10042666

Data de Nascimento: 13/02/85

Convênio: SUS/

Data do Exame: 04/06/2019

Registro: 1001911

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO**


**HISTÓRIA:** Fratura de tornozelo direito

**MÉDICO SOLICITANTE:** Dr Wilson Tiburcio de Moraes

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes utilizando a técnica multislice, na região de interesse, sem contraste.

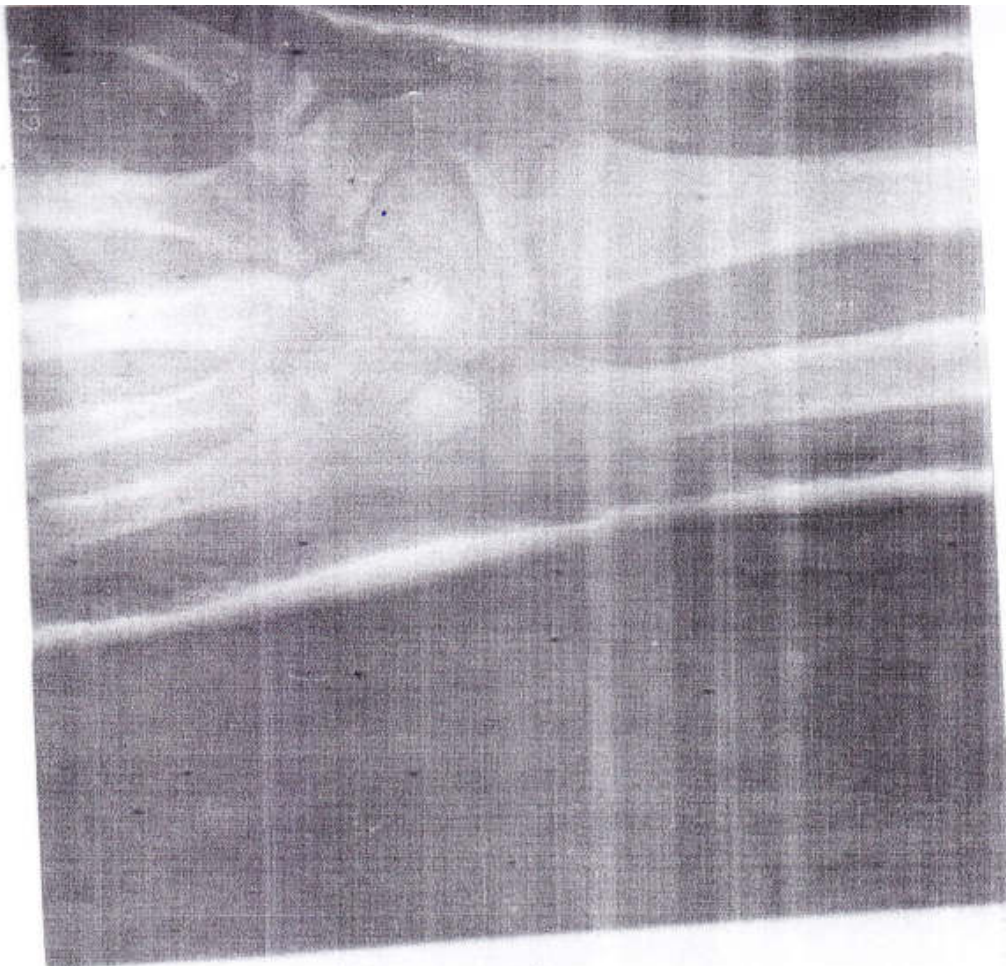
**ACHADOS:**

1. Traço de fratura incompleta na superfície articular do pilão tibial, sem fragmentos destacados ou desalinhamento ósseo, medindo cerca de 2,0 cm. A critério clínico, complementar avaliação por RM para caracterização de edema da medular ósseo associado.
2. Pequeno derrame articular tibiotalar.
3. Acentuação difusa do trabeculado ósseo.
4. Edema do subcutâneo maleolar bilateral.
5. Demais superfícies e espaços articulares íntegros.
6. Musculatura simétrica, com valores de atenuação usuais.

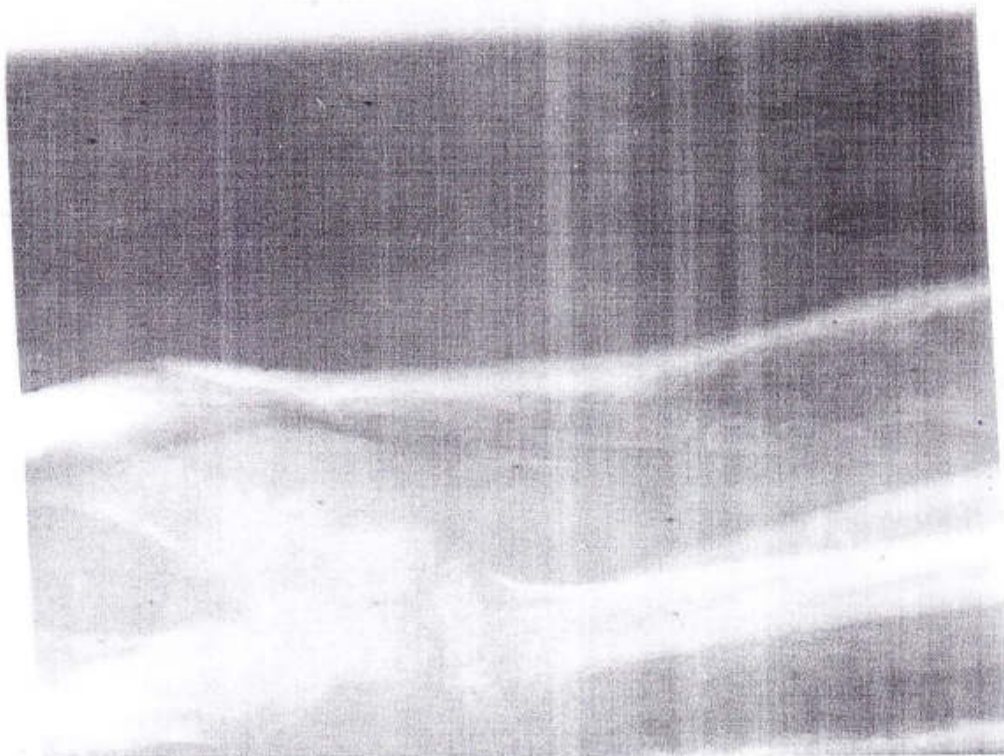
  
MR3 Afrânio Magalhães – CRM 24570

Dra Renata Cardoso – CRM 16862

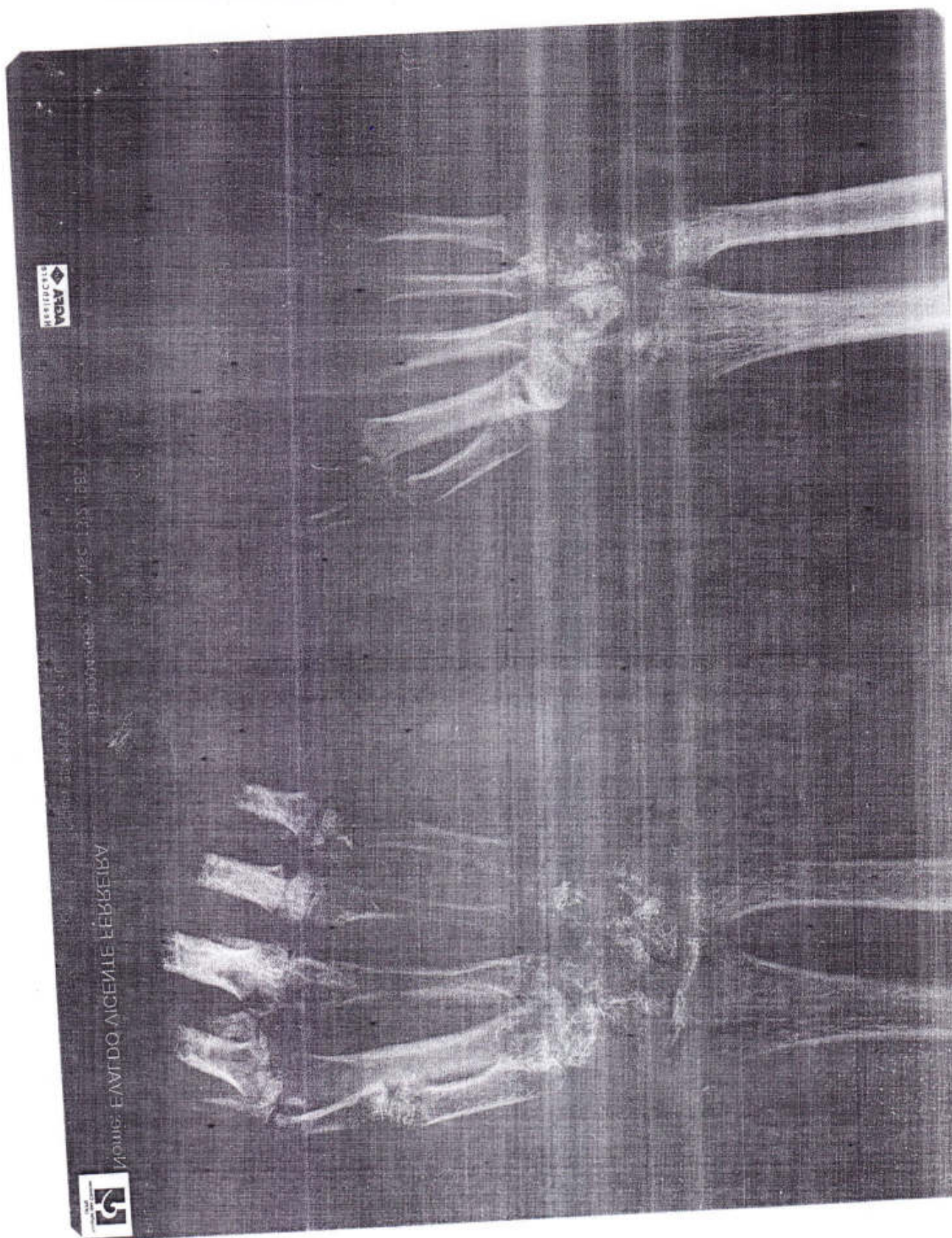




01/10/19  
Rui V  
Cubla













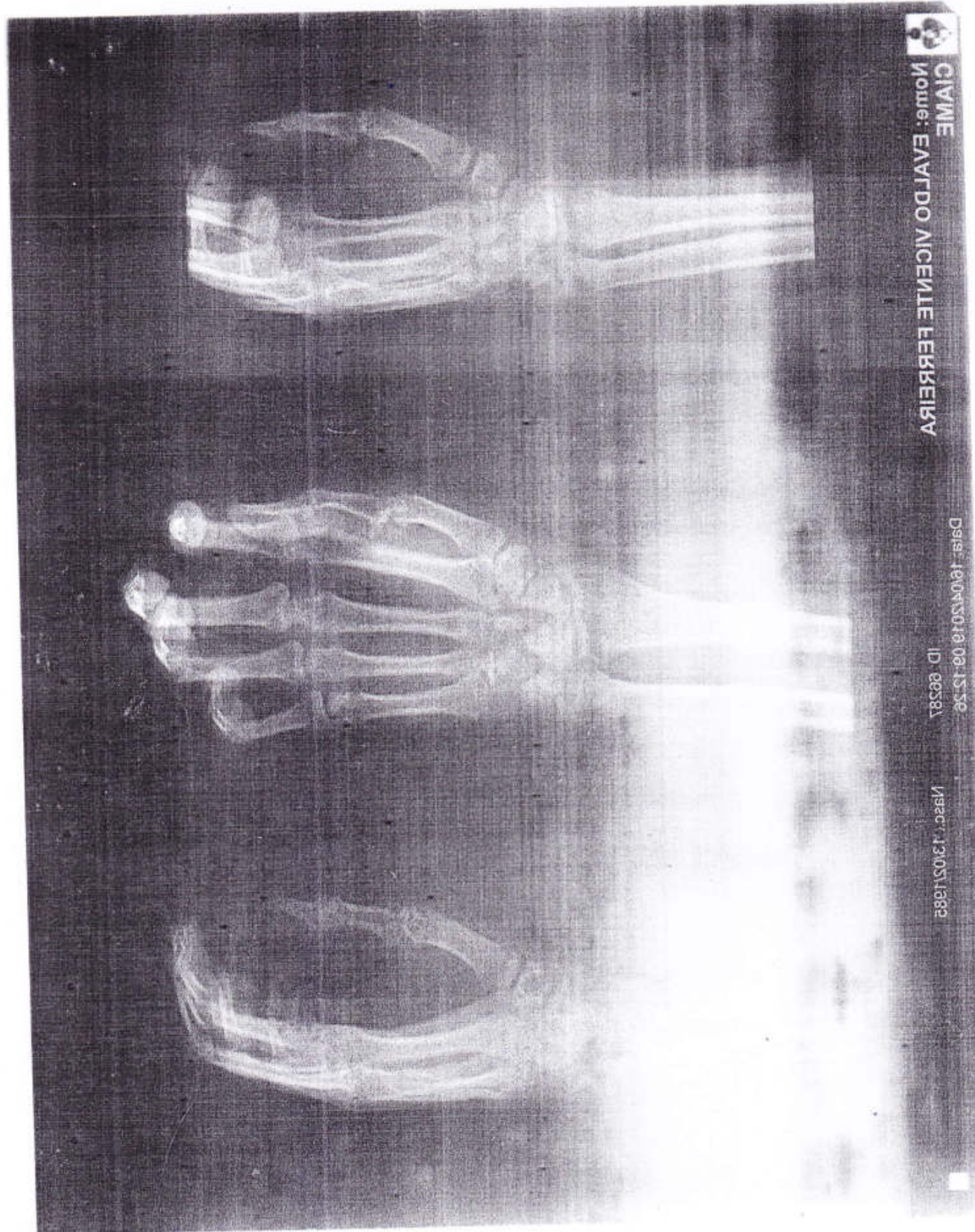


CJME  
Nome: EVALDO NICENTE FERREIRA

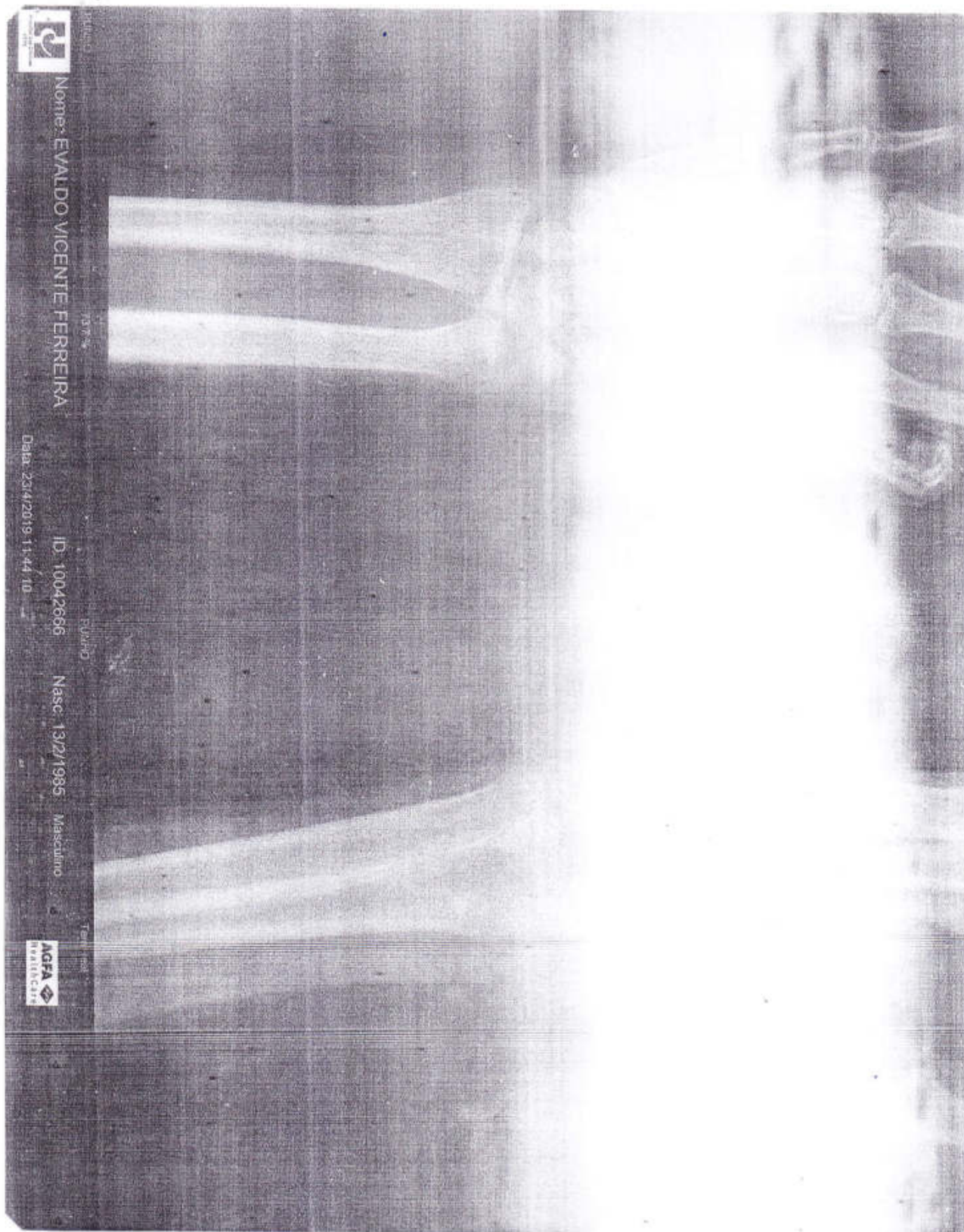
Data: 16/07/2020 10:15:50

ID: 88581

IPsec: 13.051.088







Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data: 23/4/2019 11:44:10

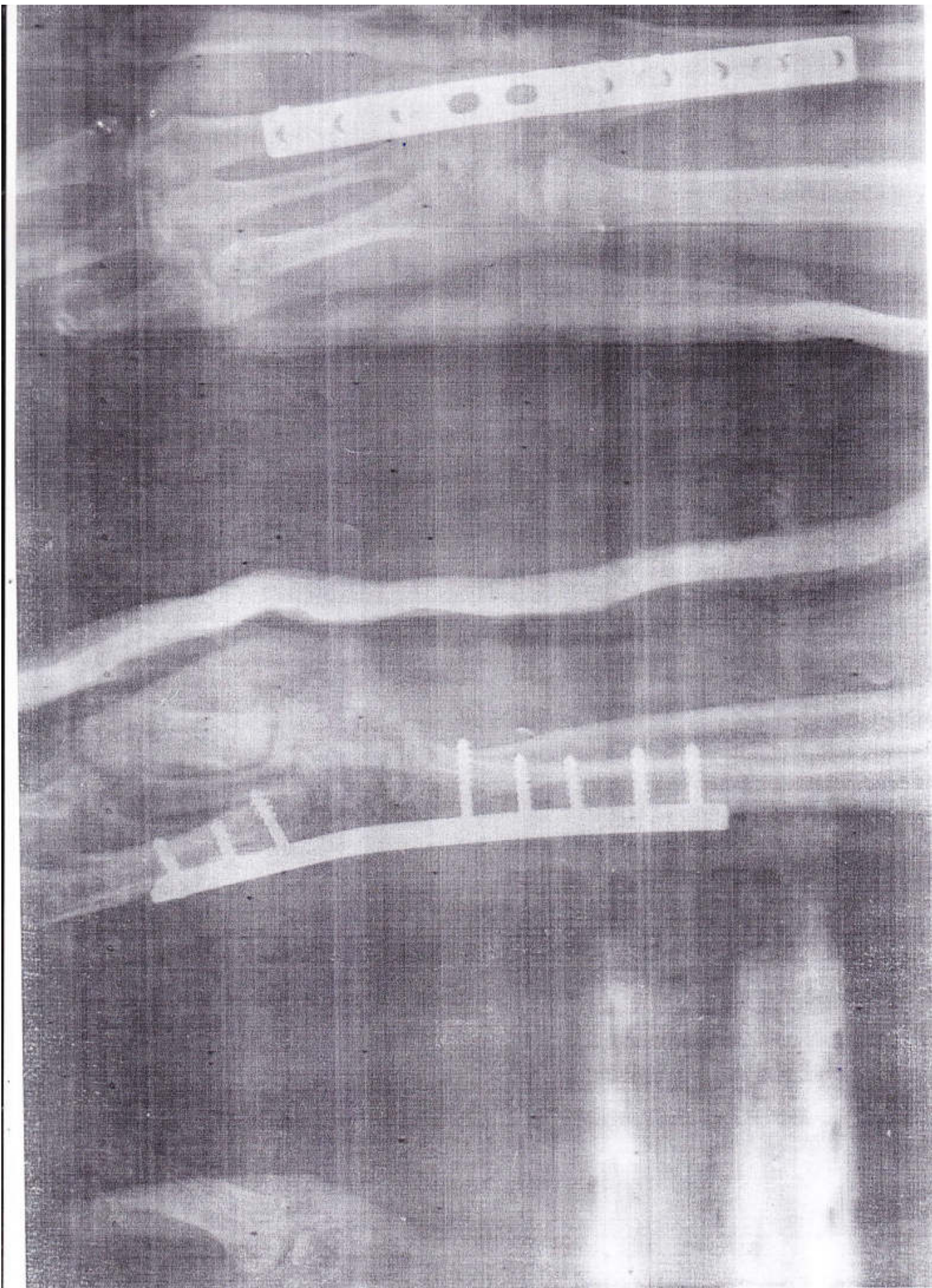
ID: 10042666

Nasc: 13/2/1985

Sexo: Masculino

















Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **070.061.814-70**

Nome: **EVALDO VICENTE FERREIRA**

Data de Nascimento: **13/02/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/09/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:14:26** do dia **19/07/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **DCC5.7CCD.77DB.37FA**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

