



Número: **0023263-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JUNIOR JOSE DA SILVA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66279 333	13/08/2020 15:44	ANEXO 1	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190382909 **Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: 08/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUNIOR JOSE DA SILVA

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, contados 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 14468072





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190382909 **Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: 08/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIOR JOSE DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: JUNIOR JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000021756-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: JUNIOR JOSE DA SILVA

Nº Sinistro: 3190382909
JUNIOR JOSE DA SILVA
Data do Acidente: 08/03/2019
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o número de sinistro **3190382909**.

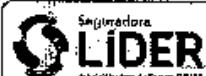
Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº da sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	112.536.944-27	JUNIOR JOSE DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA VÍTIMA (PESQUISA DE BENEFICIÁRIO) - IRCDAR SUSEP - M2025/2012			
Nome completo:		CPF:	
JUNIOR JOSE DA SILVA		112.536.944-27	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
REC. INF	SI. BALXIO	347	CASA
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Centro Rural	SANTA MARIA DO CAMBUCA PE	55765-000	
E-mail:	Tel. (DDD): 81 9665-0454		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OU VÁRIAS CONTA

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: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 CONTA: 21256 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0835 CONTA: 21256 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autórlizo a Seguradora Lider 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CRÍTICO DO IMI - PREENCHIMENTO COMENTE PARA DECOBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou irrepossível 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 IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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, com me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO: PREENCHIMENTO COMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou herdeiro (veja nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: <u>SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE 12/06/19</u>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	2º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X Júnior José da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS	Assinatura
2º Nome: _____	<u>17 JUN. 2019</u>
CPF: _____	Assinatura: <u>Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior</u>

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SETU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

*) ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





529656

0204275/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA -
 DP133ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000191

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/04/2019** às **14:38**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpoado (Consumado) que aconteceu no dia 8/3/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO (AUTOR / AGENTE)
 LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO (TESTEMUNHA)
 JUNIOR JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO

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

Centro Segurança S/A
 Av. Rio Branco, nº 115, Lote 5

JUNIOR JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUCIENE SANTANA DE LIMA** E/JOSE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: **22/9/1983** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **8987261/6DS/PE (RG) 14017406452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 997462612**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 347, SITIO BAXIO, ZONA RURAL DE SANTA MARIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA EDINES DA TRINTADE DO NASCIMENTO** Pai: **MESSIAS SEVERINO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **16/10/1999** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 Bros ESD** Objeto apreendido: Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ5349** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **258856424** Chassi: **9K2KD0540BR504472**

Complemento / Observação

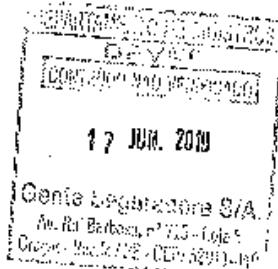
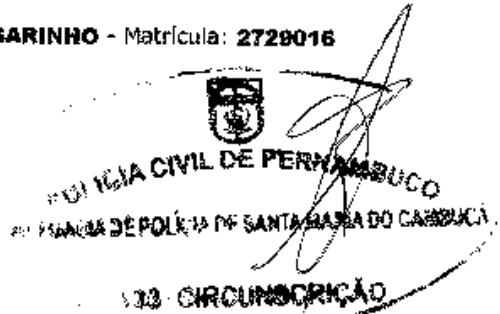
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JUNIOR JOSE DA SILVA O QUAL INFORMA QUE NO DIA 08/03/2018 O MESMO TRANSITAVA NA ESTRADA DO SITIO BAXIO, JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO, QUANDO UMA MOTOCICLETA, BROS CONDUZIDA POR A PESSOA CONHECIDA PELA VITIMA COMO GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO DA ENTRADA DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ QUE VINHA ATRÁS DO MESMO COLIDIU, QUE APÓS O ACIDENTE GUILHERME LEVANTOU A MOTO E SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTA SOCORRO A VITIMA QUE APRESENTAVA UMA FRATURA EXPOSTA EM SUA Perna DIREITA, QUE VITIMA FOI SOCORRIDA PARA HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE PARA HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU ONDE FOI SUBETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

Junior José da Silva

**JUNIOR JOSE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSE ELTHON DOS SANTOS SARINHO** - Matrícula: **2728016**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº da sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
112.536.944-27 JUNIOR JOSE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - IRCDAR-SUPER - M2025/2012

Nome completo: **JUNIOR JOSE DA SILVA**

Profissão: **REC. INF** Endereço: **ST. BALXIO**

Bairro: **Centro Rural** Cidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA** PE Estado: **PE** CEP: **55765-000**

E-mail: **1819665-0454**

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

DADOS CABASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OU VÁRIAS CONTA

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

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autórlize a Seguradora Lider 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CRÍTICO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou irrepossível 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 IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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, com me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(BENEFICIÁRIO) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: **Vivos:** Falecidos: Sim Não Vítima deixou herdeiro (veja nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE - 12/10/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A RODO
(Junior Jose da Silva)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
(Comprovante)
 Assinatura: **17 JUN. 2019**
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
(Comprovante)
 Assinatura: **17 JUN. 2019**
 Assinatura: **17 JUN. 2019**
 Assinatura: **17 JUN. 2019**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**) SÓRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COM PROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente JÚNIOR JOSÉ DA SILVA, vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 112.536.944-27 RG: 8.987.463, residente: Sílio Barbosa, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 08 de Março de 2019
Diretor de Recursos Humanos
CPE: 845.605.037-68

Henrique Soares

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS

17 JUN. 2019
Gente e Cegidora S/A Av. São Paulo, 1715 - Loja 5 Caxias-RJ - CEP: 20000-000



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIOR JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000021756-5

Nr. Autenticação

BRADESCO01072019050000000002370083500000021756236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:44:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315442958900000065026382>
Número do documento: 20081315442958900000065026382

Num. 66279333 - Pág. 9



Notas de Ajuste Diárias - Edital nº 10/18, de 20/04/03
Gerdau Energia S.A. - Pernambuco
Av. José do Bem, 111, São José, Recife, Pernambuco - CEP 50020-072
CNPJ 10.615.892/0001-08 | Ins. Est. 0005913-09 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JUNIOR JOSE DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

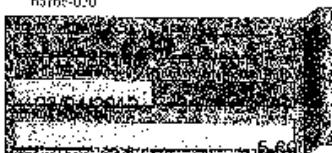
SI BAIXO 247

CPF: 112 555.944-27 NIS: 18192415104

DNA: RURAL SIA MARIA DO CAMPO 1.000
SANTA MARIA DO CAMPO/PE
57760-070

CLASSIFICAÇÃO

SI RESIDENCIAL
BRASILENDEZ COMINIS



USO 111657 UNICA 27020781

5.60

27020781 2312072622 000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457

000457



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem do dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu JUNIOR JOSE DE A. FERREIRA, inscrito (a) no CPF 574.940.034-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JUNIOR JOSE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944-27, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIPEZ da Vítima JUNIOR JOSE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944-27, 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 Lider-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		Número	Complemento
<u>RUA JOÃO BATISTA</u>		<u>310</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>53750-000</u>
fone	telefone comercial (DDD)	telefone celular (DDD)	
<u>AL SEGUROS 1994 C/ VIA 400. com. BR</u>	<u>(81) 9665-0454</u>	<u>(81) 8333-5022</u>	

SURUBIM/PE, 12 de JUNHO de 2019
Local e Data

Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior

Assinatura do Declarante

CONFERIDO
17 JUN. 2019
Assinatura do Declarante
Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior
Número do documento: 20081315442958900000065026382

DLDR-001 V001/2017





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES 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=20636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem do dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão** e **renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP; órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reaseguro.

Conselho de Controle de Atividades Financeiras – CDAF, órgão integral da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades e administrar ações de fiscalização e de repressão ao desempenho das atividades financeiras.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 674.940.534-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediá-lo (a) do Beneficiário JUNIOR JOSÉ DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944-27, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JUNIOR JOSÉ DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944-27, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Because informed

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

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

Endereço		RUA JOÃO BATISTA	Número	Complemento
Bairro	Cidade	SURUBIM	Estado	CASA
CENTRO		PE	53750-000	
CEP			Telefone comercial (DDD) (81) 9665-0454	
fone			Telefone celular (DDD) (81) 8133-5022	
APSEGUROS 1994/6, LIA HED. COM. BR				

Suvenance, 12 de JUN 45 de 2019

Assistência de Desenvolvimento

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2023.09.04.553022>; this version posted September 4, 2023. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a [aCC-BY-ND 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/).





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente JÚNIOR JOSÉ DA SILVA, vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 112.536.944-27 RG: 8.987.463, residente: Sílio Barbosa, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 08 de Março de 2019
Diretor de Recursos Humanos
CPE: 845.605.037-68

Henrique Soares

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS

17 JUN. 2019
Gente e Cegidora S/A Av. São Paulo, 1715 - Loja 5 Caxias-RJ - CEP: 20000-000



SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

**SERVIÇO DE
PRONTO ATENDIMENTO**

Data:	8.3.19	Hora:	01:50	Registro:		
Nome:	Júnior José de Souza					
Endereço:	Sítio Banco			Referência:		
Bairro:	Sítio Banco			Cidade: S. M. e.		
Idade:	25	Sexo:	Cor:	Profissão:		
Responsável:						
Endereço do Responsável:				Fone:		
INTENÇÃO DE AGRESSEÇÃO						
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input checked="" type="checkbox"/>						
VEÍCULO:	Automóvel <input type="checkbox"/>	Ônibus <input type="checkbox"/>	Moto <input checked="" type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO:	Atropelamento <input type="checkbox"/>	Colisão <input type="checkbox"/>	Capotagem <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
AGRESSEÃO <input type="checkbox"/>						
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Arma Branca <input type="checkbox"/>	Espancamento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
MODO:	Assalto/Briga <input type="checkbox"/>	Ação Policial <input type="checkbox"/>	Agressão Sexual <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>						
ORIGEM:	Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
INTRODUÇÃO						
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Enforcado <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Queda de Nível <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
QUERELA/ACUSACAO						
INTOXICAÇÃO						
Intoxicação Acidental <input type="checkbox"/>	Queda Acidental <input type="checkbox"/>	Afogamento <input type="checkbox"/>	Queimadura <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
OCORRÊNCIA						
Via Pública <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Escola <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	
QUEIXAS:						
Exame Físico:						
PA: 100/60	FC:	P脉:	Temperatura:	DA: 36,6		
Ocorrencia: <i>Exame de rotina</i> 17 JUN. 2019						
Hipótese Diagnóstica: <i>Exame de rotina</i>						
Procedimentos: <i>Exame de rotina</i>						
Médico Responsável: <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i>						





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIRO FERREIRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **Junior José da Silva**, com **Registro Hospitalar: 334924**, esteve **Interno** nesta **Unidade de saúde** no dia **08/03/2019 a 26/03/2019**. OBS: **Vítima de Acidente de Trânsito.**

09.794.975/0269-27
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
Av. Rio Barbosa, nº 710 - Bairro
Grego - Recife - PE - CEP 520.00-000

17 JUN. 2019

Gente de Caruaru - PE
Av. Rio Barbosa, nº 710 - Bairro
Grego - Recife - PE - CEP 520.00-000

Caruaru 04 de abril 2019

09.794.975/0269-27
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
Av. Rio Barbosa, nº 710 - Bairro
Grego - Recife - PE - CEP 520.00-000

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km 130 S/N - Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP 56.024.000
CNPJ: 10.672.048/0014-42 - Fone: (81) 3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:44:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315442958900000065026382>
Número do documento: 20081315442958900000065026382

Num. 66279333 - Pág. 16

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Wenceslau Táni da Silva | Nº do Registro: 23 4624

Clínica: Tratamento | Nº do Leito:

Operador: Wenceslau Silva

1º Assistente: Paloma Carvalho | 2º Assistente:

Instrumentador: Táni Silva | Anestesiista: Antônio

Anestesia: GA | Duração:

Data da Operação: 01/03/19 | Início: | Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: pratina remota da orina da perna esquerda

Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo

Operação Proposta: Instrumento cirúrgico da pratina remota da orina

da perna esquerda

Operação Realizada: A mesma

17 JUN. 2019

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Entrada em OP II, 1º abr. anestesia
- ② Anestesia 1º Antunesma maior anestesiada 1º campo estéril
- ③ Utilizando instrumentos em perna esquerda
- ④ Aplicação de instrumentos em perna esquerda + localização da base da pratina da fibra. vigunda
- ⑤ Utilizando pratina com fragmento em área da fibra de fibra. vigunda
- ⑥ Limpa unha e mantém com lata. antiseptico + antibacteriana + higiene
- ⑦ Passagem de 2 cm a 3 cm fragmento de área da fibra de fibra. vigunda, recortar fragmento em área da fibra de fibra. em cima de fibra. vigunda + redutor, recortar da fibra, com fita de fita de fibra. vigunda + a - cinta em perna esquerda

Gente Esportes S/A,
Av. Barão de Iguape, nº 775 - Iguape
Ceará - Ceará / PE - CEP: 62311-000



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) paciente JÚNIOR JOSÉ DA SILVA, vítima de acidente de moto, portador(a) do CPF: 112.536.944-27 RG: 8.987.463, residente: Sílio Barbosa, recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 08 de Março de 2019
Diretor de Recursos Humanos
CPE: 845.605.037-68

Henrique Soares

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS

Assinatura	henrique_soares
CPF	845.605.037-68
DATA	17 JUN 2019
Gabinete de Segurança S/A, Av. São João, 1715 - Loja 5 Santa Maria/PE - CEP: 55.765-000	



SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

**SERVIÇO DE
PRONTO ATENDIMENTO**

Data:	8.3.19	Hora:	01:50	Registro:																											
Nome:	Júnior José de Souza																														
Endereço:	Sítio Banco			Referência:																											
Bairro:	Sítio Banco			Cidade: S. M. e.																											
Idade:	25	Sexo:	Cor:	Profissão:																											
Responsável:																															
Endereço do Responsável:				Fone:																											
INTENÇÃO DE AGRESSEÇÃO																															
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>																															
VEÍCULO:	Automóvel <input type="checkbox"/>	Ônibus <input type="checkbox"/>	Moto <input checked="" type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>																										
MODO:	Atropelamento <input type="checkbox"/>	Colisão <input type="checkbox"/>	Capotagem <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>																										
AGRESSEÃO <input type="checkbox"/>																															
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Arma Branca <input type="checkbox"/>	Espancamento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>																										
MODO:	Assalto/Briga <input type="checkbox"/>	Ação Policial <input type="checkbox"/>	Agressão Sexual <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>																										
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>																															
ORIGEM:	Construção Civil <input type="checkbox"/>	Indústria <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>	Comércio <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>																									
INTENÇÃO DE AGRESSEÇÃO <input type="checkbox"/>																															
POR:	Arma de Fogo <input type="checkbox"/>	Enforcado <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Queda de Nível <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>																									
QUERELA POSSE DE OCIDENTE <input type="checkbox"/>																															
INTOXICAÇÃO ACIDENTAL <input type="checkbox"/> Queda Acidental <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>																															
OCORRÊNCIA DE OCORRÊNCIA																															
Via Pública <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Escola <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>																										
Queixas:																															
<p>Exame Físico:</p> <table border="1"> <tr> <td>PA: 100/60</td> <td>FC: 80</td> <td>P脉: 60</td> <td>Temperatura: 36,6</td> <td>Homem</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Ocorre dor abdominal t/na</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Festas de aniversário oxigênio</td> </tr> <tr> <td colspan="5">17 JUN. 2019</td> </tr> <tr> <td colspan="5">(Gente de encontro)</td> </tr> </table>							PA: 100/60	FC: 80	P脉: 60	Temperatura: 36,6	Homem	Ocorre dor abdominal t/na					Festas de aniversário oxigênio					17 JUN. 2019					(Gente de encontro)				
PA: 100/60	FC: 80	P脉: 60	Temperatura: 36,6	Homem																											
Ocorre dor abdominal t/na																															
Festas de aniversário oxigênio																															
17 JUN. 2019																															
(Gente de encontro)																															
Hipótese Diagnóstica:																															
Procedimentos:																															
Médico Responsável:																															





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIRO FERREIRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente, **Junior José da Silva**, com **Registro Hospitalar: 334924**, esteve **Interno** nesta **Unidade de saúde** no dia **08/03/2019 a 26/03/2019**. OBS: **Vítima de Acidente de Trânsito.**

09.794.975/0269-27
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
Av. Rio Barbosa, nº 710 - Bairro
Graças - Recife - PE - CEP 520.000-000

17 JUN. 2019

Gente de Caruaru - PE
Av. Rio Barbosa, nº 710 - Bairro
Graças - Recife - PE - CEP 520.000-000

Caruaru 04 de abril 2019

09.794.975/0269-27
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
Av. Rio Barbosa, nº 710 - Bairro
Graças - Recife - PE - CEP 520.000-000

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232 - Km 130 S/N - Bairro Indianópolis Caruaru - PE - CEP 56.024.000
CNPJ: 10.672.048/0014-42 - Fone: (81) 3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:44:29
<https://pje.tje.pernambuco.gov.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315442958900000065026382>
Número do documento: 20081315442958900000065026382

Num. 66279333 - Pág. 21

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Wenceslau Toní da Silva | Nº do Registro: 23 4624

Clínica: Traumatologista | Nº do Leito:

Operador: Wenceslau Silva

1º Assistente: Patrícia Carvalho | 2º Assistente:

Instrumentador: Toní Silva | Anestesista: Antônio

Anestesia: Gasosa | Duração:

Data da Operação: 04/03/19 | Início: | Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta da base da tibia e fibula esquerda

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Instrumentar clivagem da fratura exposta da tibia

de fibula esquerda

Operação Realizada: A mesma

17 JUN. 2019

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Gente Esportes S/A,
Av. Barão de Iguape, nº 775, sala 8
Cravinhos - SP - CEP: 08311-000

- ① Entrada em ORVI, fez anestesia
- ② Anestesia e Antibiótica mais anestésico de campo seco
- ③ Utilizando instrumentos em ferro inoxidável
- ④ Aplicação de instrumentos em ferro inoxidável e localização da base da fratura da tibia esquerda
- ⑤ Utilizando martelo com fragmento em areia de Ronchelle em ferro inoxidável
- ⑥ Limpeza cirúrgica mantendo com gaze antisséptica e antibacteriana
- ⑦ Passagem de 2 ou 3 cm fragmento de areia de Ronchelle da tibia esquerda, ficando fragmento em areia de Ronchelle em ferro de ferro inoxidável + redução + fixação da fratura com ferro inoxidável de ferro inoxidável + afixar em ferro inoxidável





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:44:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315442958900000065026382>
Número do documento: 20081315442958900000065026382

Num. 66279333 - Pág. 24



Sistema Polícia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)

[CIVIL](#) [CRIMINAL](#) [CAPTURAS](#) [CARCERÁRIO](#) [PLACAS](#) [CELULAR](#) [INFOPOL](#)

[NOVA PESQUISA](#) > [FICHA DO DETRAN](#)

[GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL

Placa: PEJ5349

Nome proprietário: JOSE MIGUEL DA SILVA FILHO

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTOCICLETA

Especie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD

Marca: HONDA

Cor: PRETA

Ano Fabricação:

Município: VERTENTES

Logradouro: SITIO LAGOA RASA S/N

Número:

Bairro: ZONA RURAL

Cep: 55770000

Complemento: CS

Chassi: 9C2KD0540BR504472

Restrição:

Renavam: 258856424

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

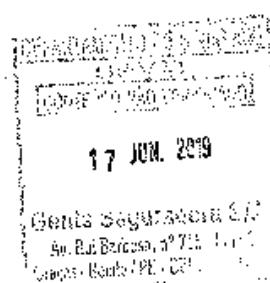
Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL



VÍTIMA **JUNIOR JOSE DA SILVA**DATA DO ACIDENTE **08/10/2019** (CPF DA VÍTIMA) **412.636.964-27**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **EDUARDO JOSE DE A. PEREGRINO**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR **1) VÍTIMA** **2) REPRESENTANTE LEGAL, QUIC PARANTESE COM**A VÍTIMA É **1) VÍTIMA** **2) REPRESENTANTE LEGAL, QUIC PARANTESE COM**ENDERECO DO PORTADOR **RUA JOAO BATTISTA**Nº **320** COMPLEMENTO **CASA** UF **PR** CEP **55350-000**CIDADE **SUZEBURG** BAIRRO **CENTRO**E-MAIL **AESEGURADORAS@GMAIL.COM** TELEFONE **(34) 9665-0454**MARQUE **(X)** PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE****(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)****(X) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE****TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)****(X) COPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)****(X) LAUDO DO IM (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)****(X) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IM, DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IM****DA, INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AITA DEFINITIVA****(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)****(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****(X) COPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)****(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE****OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de Folha de Cheque ou Cartão Bancário****DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS****(X) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO****DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)****(X) COPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)****(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)****(X) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA ORIGINAL)****(X) DESS: REPRESENTANTE LEGAL, É QUEM REPRESENTA VÍTIMA, MÉNOR DE DÁ 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE****INFORMAÇÕES IMPORTANTES****VALORES DE INDENIZAÇÃO** **(MORTE = R\$ 13.500,00****INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA****DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PRESENTA NA LEI 6.594/74,****DESPESAS MÉDICAS (DAMIS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR****VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMISSADAS.****O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO****COMPLETA****PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADORAONTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatseguradoraontransito.com.br) OU LIGUE****GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204****PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE****RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA****DATA****IDENTIDADE 3.092.353.830-00****DATA****NOME ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR****ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**

SURUBIM - PE, 04 JULHO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JUNIOR JOSE DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190382909

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 08/03/2019, TIVE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MINHA Perna ESQUERDA, fui submetido a cirurgia, fiz todo o tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E sem que eu fosse avaliado em uma perícia médica designada por um médico da LIDER, liberaram para mim um valor muito inferior ao que tenho direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO, para que seja marcada uma perícia para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

Junior José da Silva

JUNIOR JOSE DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190382909 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). PÁG 5

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JÚNIOR JOSÉ DA SILVA, portador da RG nº 8.987.261 – SDS/PE e CPF nº 112.536.944/27, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 22/09/1993, filho de: José Manoel da Silva e Luciene Santana de Lima, domiciliado e residente no Sítio Baixio, nº 347 – zona rural do município de Santa Maria do Cambucá(PE). Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procurador o **Sr. EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, casado, maior, funcionário público aposentado, portador da RG nº 3.092.028 – SDS/PE e CPF nº 574.940.534/68, domiciliado e residente na rua Manoel Alves de Moura, nº 64, bairro: Cabaceira – Surubim(PE), por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer SEGURADORA do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo DPVAT, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela INVALIDEZ sofrida pela **VÍTIMA: JÚNIOR JOSÉ DA SILVA**, portador do CPF nº 112.536.944/27, o qual foi vítima do acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 08/03/2019, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relate com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

Santa Maria do Cambucá (PE), 01 de abril de 2019.

OUTORGANTE:

Júnior José da Silva
JÚNIOR JOSÉ DA SILVA

