



Número: **0031191-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68223 778	18/09/2020 17:16	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

379.933.284-30 Igor Francisco Rodrigues da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Igor Francisco Rodrigues da Silva

6 - CPF:

379.933.284-30

7 - Profissão:

Mecânico

8 - Endereço:

Rua Virgílio de Melo Franco 199

9 - Número:

100008-530

11 - Bairro:

São Francisco

12 - Cidade:

Parauapebas

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

65000-530

15 - E-mail:

MECANICO

16 - Tel. (DDD):

(61) 991304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

RECUISO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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. Ativale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0051

CONTA: 9847974776

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo 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.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 (márisco)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Este deixa constar de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Parauapebas, 09.01.2020

Igor Francisco Rodrigues da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Scanned by CamScanner



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000984727477-6

Nr. da Autenticação B8260E0B44FCD647



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091817161028500000066913857>
Número do documento: 20091817161028500000066913857

Num. 68223778 - Pág. 2

Quadro branco.

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Data Nasc.: 01/04/1996 Idade: 22 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
CPF: RG: 9107140 CNS:
Endereço: RUA BONITO N°: 25
Bairro: DEMOSTENES VERAS Cidade: CARUARU
CEP: 55024000 Fone: 37199400 Profissão:
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO RODRIGUES DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 13/01/2019 01:08 Médico: MEDICO PLANTONISTA
Quinta Principal / HDA:

Plano de pr. (1) oper. carót. arteriolítico h. 5h.
Referido de emerg. naq. Demônio / monte.
Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____
FGB: depresso, consti., suspeito
Rx: Hemorragia SI Aténcor.

Diag. Provisório:

Fistula - laceras ferida de base da 2^o, 3^o, 4^o e 5^o metatarsal (1)
Rx - torax,盆腔, plena, fêmur (1) sem alterações
Pr - pr (1): Fictos de base da 2^o, 3^o e 5^o metatarsal
+ fraturas da 9^o metatarsal

Prescrição:

Dieta: 21 ns.

Data:

Horário

(1) Atendimento

(2) ao Bloco Cirúrgico.

(3) Sfazx, 1000ml excretado.

Dr. Raimundo Henrique de Melo
Ortopedia / Traumatologia
08:00 - 12:00 / 13:00 - 17:00

1 de 2
Dr. Raimundo Henrique de Melo
Ortopedia / Traumatologia
08:00 - 12:00 / 13:00 - 17:00

Em fluxo: no longo tratamento cirúrgico, pon
16 fer. fiks 1.0 x 25 cm mais (1.5 e 2.0 nos
ter no serviço). Informar ao plantão vigente
para redução de feridas e/ou agressões.

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Protocolo

Data e hora retirada da senha: 13/01/2019 01:03

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome Paciente:	IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	01/04/1996
Sexo:	Masculino
Idade:	22
Senha:	U0004
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Periodo: 13/01/2019 01:03 - 13/01/2019 01:04

POLIANA FERNANDA DE MEIRELES - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS APRESENTANDO FRATURA EM M10 (ORTOPEDIA)

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: POLIANA FERNANDA DE MEIRELES - COREN: S/N/C - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/01/2019 01:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo da Responsabilidade do Alta a Pedido

1.3 Patients (1.3.1 Families)

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

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: / /

卷之三

Autorização de Procedimento

1.3. Patients and Methods

Name: _____ RG: _____
Endereço: _____

For more information, contact the Bureau of Land Management, Denver Field Office, 1300 17th Street, Suite 1000, Denver, CO 80202, (303) 231-3000, or the Bureau of Land Management, San Juan Field Office, 1000 17th Street, Suite 1000, Denver, CO 80202, (303) 231-3000.

1000

Assinatura

Diag. Definitivo

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
Transferência: HIP () Internamento

Condizioni di Atto

1.1 Curado 1.1 Melhorando 1.1 Inovando 1.1 Atua-

13/01/2019 01:39:09
2 de 2

Usuario do Atendimento



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009181716102850000066913857>
Número do documento: 2009181716102850000066913857

Nº 68223778 - Pág. 6

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Isaac Francisco Andrade
da Silva

REG.: 123528

DATA DE NASCIMENTO: 21/11/19

DATA DA CIRURGIA: 11/12/2019

DIAGNÓSTICO: fra freg de corte fogo
de 3º grau

TRATAMENTO: colostomia
permanente

DATA DE SAÍDA: 21/12/19 - 01/01/20

MOTIVO DO RETORNO:

Retorno para alta hospitalar

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091817161028500000066913857>
Número do documento: 20091817161028500000066913857

Num. 68223778 - Pág. 7

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

Nome da vítima: Igor Francisco Rodrigues da Silva

DATA DO ACIDENTE: 33/3/19 | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 33/3/19

Nome completo da vítima:

Lesões resultantes do acidente:

Fratura de ono do T10

Dados resumidos dos tratamentos realizados (data):

Tratamento cirúrgico de Fratura de ono da T10 | data: 36/3/19

ALTA MÉDICA: SIM | NÃO

EXISTE ALGUM DEFÍCIT OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? SIM | NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

1) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA EM CURTA ATENDIMENTO.

2) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFTADO

- 1º Pélvico: oblitera membro com edema
- 2º T10-T11 (L1) com oblitera articular
- 3º T10 de instalação interna e externa; perda de extensão e flexão do membro
- 4º T5/6: Gravidez

PERÍODO DE ACIDENTE: 30/3/19 A 30/3/19

Assinatura:
 (Assinatura)

DATA: 12/3/19

Assinatura:
 (Assinatura)





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091817161028500000066913857>
Número do documento: 20091817161028500000066913857

Num. 68223778 - Pág. 9

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CENTRAL

9.107.140

NICE

DATA DE
EXPEDIÇÃO

EDUCAÇÃO 29/05/2019

“IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA”

FILIACAO

<< AGRIPINO FRANCISCO DA SILVA FILHO >>
<< MARIA DO SOCORRO RODRIGUES DA SILVA >>

NATURALIDADE

CARUARU - PE

WEDDING

0002455 23 QUIPAPÁ-PE >>

702,233,284-30

L'ESPRESSO - 100

101981128132034204108711688



Informações sobre o veículo

Placa: KJD-7562

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 125 KS

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AMARELA

Chassi: 9C2JA04108R029212

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2008

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

> NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200000650**

Nome do(a) Examinado(a): **IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Virgílio de Melo Franco, 199 - Caruaru - PE - CEP 55008-510

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9107140**

Data e local do acidente: [**13/01/2019**] **CARUARU PE**

Data e local do exame: [**20/01/2020**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA BASE DO 2º, 3º E 5º METATARSOS DIREITOS. LUXAÇÃO DO 4º METATARSO DIREITO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME APRESENTA SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM FACE LATERAL E DORSAL DO PÉ DIREITO COM EDEMA EM REGIÃO DORSAL E ENCURTAMENTO DO 5º RAIO DIREITO EM 8 MM E ABAULAMENTO EM REGIÃO DORSAL. DOR A PALPAÇÃO DA REGIÃO PLANTAR DO 5º METATARSO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO EM 20º E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO EM 25º.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/01/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO. FOI OPTADO POR TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM, APÓS 28 DIAS DE ESPERA NÃO FOI MAIS POSSÍVEL INDICAR TAL PROCEDIMENTO OPTANDO-SE ENTÃO POR TRATAMENTO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 22 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

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



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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Javali
CRM-PB 8085 - CRM-PB 24411
TECOT 14630



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000650 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 2º, 3º E 5º METATARSOS DIREITOS. LUXAÇÃO DO 4º METATARSO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM FACE LATERAL E DORSAL DO PÉ DIREITO COM EDEMA EM REGIÃO DORSAL E ENCURTAMENTO DO 5º RAIO DIREITO EM 8 MM E ABAULAMENTO EM REGIÃO DORSAL. DOR A PALPAÇÃO DA REGIÃO PLANTAR DO 5º METATARSO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO EM 20º E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO EM 25º.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/01/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO. FOI OPTADO POR TRATAMENTO CIRÚRGICO, PORÉM, APÓS 28 DIAS DE ESPERA NÃO FOI MAIS POSSÍVEL INDICAR TAL PROCEDIMENTO OPTANDO-SE ENTÃO POR TRATAMENTO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 22 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 20/01/2020

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000650 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @5 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000792/20

Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 702.233.284-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/01/2019

Titular do CPF: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA : 702.233.284-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/01/2020
Nome: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
CPF: 702.233.284-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091817161028500000066913857>
Número do documento: 20091817161028500000066913857

Num. 68223778 - Pág. 16



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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000650

Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR FRANCISCO RODRIGUES 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, 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

Pag. 01617/01618 - carta_01 - INVALIDEZ



00010809

Carta nº 15314796



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009181716102850000066913857>
Número do documento: 2009181716102850000066913857

Num. 68223778 - Pág. 17



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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200000650 Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 13/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

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. 00077/00078 - carta_02 - INVALIDEZ



00050039

Carta nº 13336009



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091817161028500000066913857>
Número do documento: 20091817161028500000066913857

Num. 68223778 - Pág. 18

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, 01 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200000650**

Vítima: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 000984727477-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 01737/01738 - carta_15R - INVALIDEZ



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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **319.933.284-30** 4 - Nome completo da vítima: **Igor Francisco Rodrigues da Silva**

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

5 - Nome completo: **Igor Francisco Rodrigues da Silva** 6 - CPF: **09.933.284-30**
 7 - Profissão: **Recurso** 8 - Endereço: **Rua Virgílio de Melo Franco 199** 9 - Número: **100** 10 - Complemento: **55000-530**
 11 - Bairro: **São Francisco** 12 - Cidade: **Parauapebas** 13 - Estado: **PA** 14 - CEP: **(63) 94304-6299**
 15 - E-mail: **recurso**

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: **005.123.456-78** 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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. Adicione uma opção)

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

AGÊNCIA: **0051** CONTA: **9847-97477-0**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI, que atende 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 anotado, 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 Lider 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 discordar 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Parauapebas, 09.01.2020**

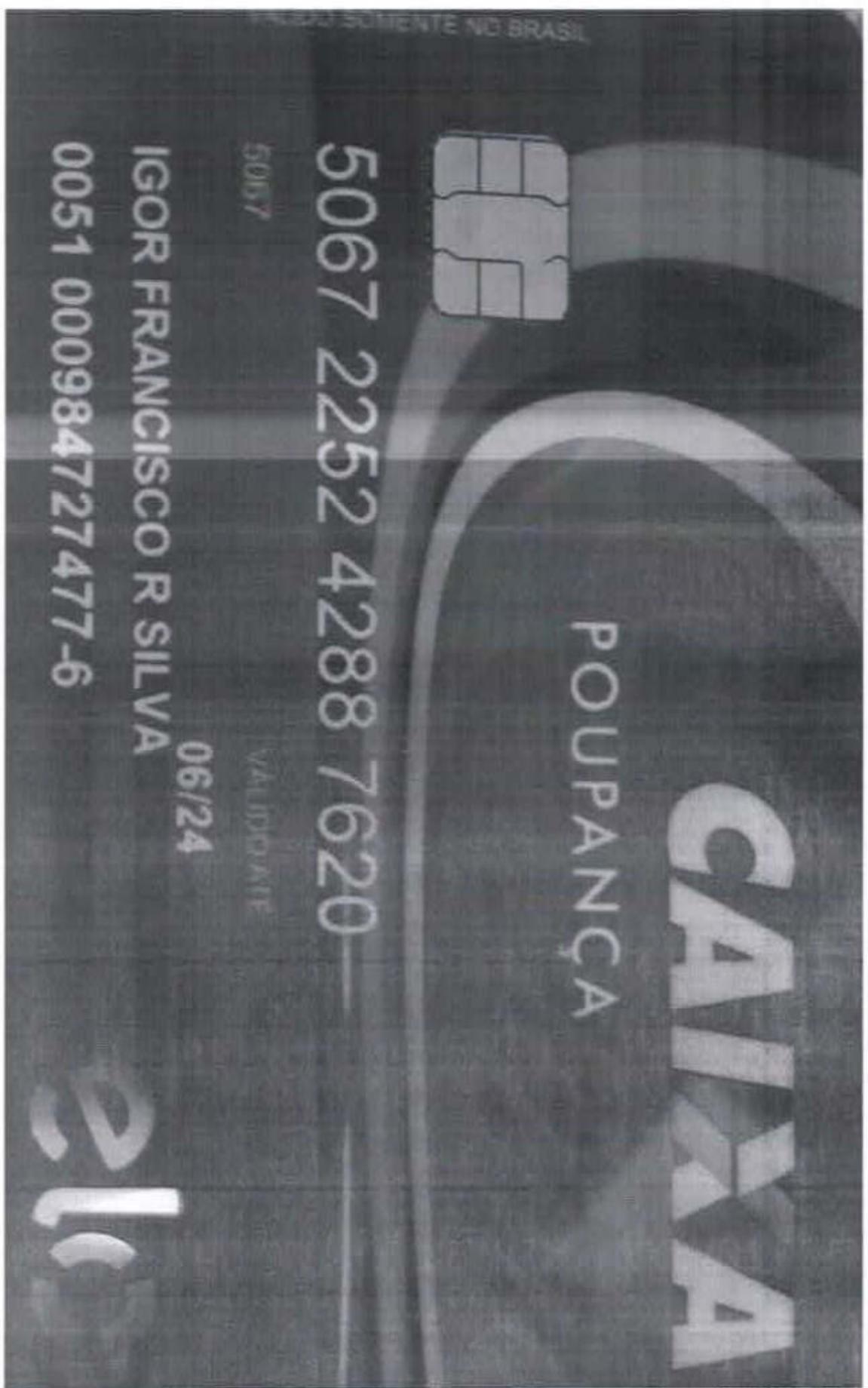
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091817161028500000066913857>
Número do documento: 20091817161028500000066913857

Num. 68223778 - Pág. 21



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 064^ª CIRCUNSCRICAO - GLORIA DO GOITÁ - DP64^ªCIRC
DINTER1/12^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001435

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/12/2019** às **16:27**

Complementa o BO Número: **19E0154001428**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **13/1/2019** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

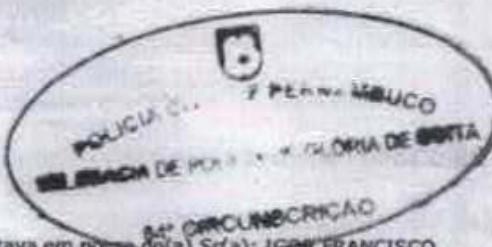
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, EM FRENTE A COMERCIAL BATISTA . -**

Bairro: **SAO FRANCISCO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MARIA SOCORRO DA SILVA NEVES (OUTRO)
IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**

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

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

MARIA SOCORRO DA SILVA NEVES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nis: **MARIA DO SOCORRO RODRIGUES DA SILVA** Pat: **AGRIPINO FRANCISCO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **1/4/1996**
Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9107140/SDS/PE (RG) 70223328430 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE ESCRITÓRIO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 25, RUA BONITO, 25, BAIRRO DEMOSTENIS VERA, CARUARU-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA SOCORRO DA SILVA NEVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**

<https://servicos.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=154&idOc=8182231&nroBO=19E0154001435&tpo=simples&natPrincipal=ACID...> 1/2

Scanned by CamScanner



Complemento / Observação

RELAÇA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA E AO CHEGAR NO LOCAL CITADO, UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO TRANCOU A VÍTIMA FAZENDO COM QUE A MESMA VINHESSE PERDER O CONTROLE DA MOTO E COLIDIR EM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA(ALTA TENSÃO), A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, APÓS ALGUNS DIAS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINHO EM BEZERROS-PE.

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

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)

José Francisco Rodrigues da Silva

B.D. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091817161028500000066913857>
 Número do documento: 20091817161028500000066913857

Num. 68223778 - Pág. 23



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 864^ª CIRCUINSCRICAO - GLORIA DO GOITÁ - DP864^ªCIRC
DINTER/12/DESEC

BOLETIM DE Ocorrência N°: 19E0154001428

Quando registado nesta unidade policial no dia 13/12/2019 às 17:03

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia

Número Jurídico: **QUEDA DE MOTOCICLETA**
Foto escrída no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, EM FRENTE A COMERCIAL BATISTA - Bairro
SAO FRANCISCO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local da Fata: **VIA PÚBLICA**

Three main types of the occurrences:

NÃO SE APlica (AUTOR, AGENTE) |
MARIA GOCCOPPO DA SILVA NEVES (OUTRO) |
EDUARDO RICARDES DA SILVA (VITIMA) |

Country(s) mentioned(s) the economic(s)

VEREADO: (Usado na geração da documentação), que estava em posse de seu senhor, FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA.

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

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Altura: **MARIA DO SOCORRO**
RODRIGUES DA SILVA Pai: **AGRIPINO FRANCISCO DA SILVA FILHO** Data de Nascimento: **1/4/1956** Naturalidade: **CARUARU**
- PERNAMBUCO / BRASIL Documento: **91071405051/PE (RJ)** 78223328430 (CPF) Estado Civil: **DIVORCIADO(A)**
Ensino: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE ESCRITÓRIO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 25, RUA BONITO, 25, BAIRRO DEMOSTERNIS VÉRAS, CARUARU-PE.**
Endereço Profissional: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

www.atacadao.com.br - Atacadão - Meu Atacadão - SAC INFORMARO

Nome do Representante: **Carga do Representante** - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de

MARIA SOCORRO DA SILVA NEVES (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO /

Qualificação(s) obtida(s): **MARIA SOCORRO DA SILVA NEVES**, que está em posse

do(a) Sr(a) **FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Quantiadade: **1-(UNIDADE)**

Placa: KJB7562 (PERHAMBUCCO/ARARIPI) Chassi: BCJA041006R029212
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2008 Cor/Combustível: **GASOLINA**



19/12/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KJED7562 (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: 9CJA041008R029212

Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA E AO CHEGAR NO LOCAL CITADO, UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO TRANCOU A VÍTIMA FAZENDO COM QUE A MESMA VINHESSE PERDER O CONTROLE DA MOTO E COLIDIR EM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA(ALTA TENSÃO). A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, APÓS ALGUNS DIAS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINHO EM BEZERROS-PE.

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

IGOR FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

(VITIMA)

Igor Francisco Rodrigues da Silva
B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 150.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 150.816-3



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/09/2020 17:16:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091817161028500000066913857>
Número do documento: 20091817161028500000066913857

Num. 68223778 - Pág. 25