



Número: **0023480-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>VANDEILSON DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69138 224	06/10/2020 17:21	<a href="#"><u>ANEXO 3</u></a>	Outros (Documento)



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, 23 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200153167**      **Vítima: VANDEILSON DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VANDEILSON 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 15720215

Pag. 0145/01416 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010708



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257>  
Número do documento: 20100617210272600000067801257

Num. 69138224 - Pág. 1



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, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200153167

Vítima: VANDEILSON DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VANDEILSON DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
<b>Procuração</b>	Apresentar procuração, original ou cópia autenticada, com poderes específicos para solicitar o Seguro DPVAT, inclusive podendo apresentar e firmar documentos, pois não foi entregue. Veja no nosso site as informações e instruções para a elaboração da procuração que deverá estar assinada pelo outorgante, com reconhecimento da firma por autenticidade.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00703/00704 - carta\_03 - INVALIDEZ



00030352

Carta nº 15720770



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257>  
Número do documento: 20100617210272600000067801257

Num. 69138224 - Pág. 2

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, 12 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200153167**      **Vítima: VANDEILSON DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VANDEILSON 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: VANDEILSON DA SILVA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000002551**

**Conta: 0000037050-2**

**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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

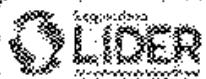


### PEDIDO DO SEGURO DPVAT

28. Location: Glytora, do ch, Phan 2020

22. அதிகமான நூல்களை விட்டு வருமானம் கிடைக்கிறார்கள்.





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o tipo de cobertura:  CUSTO DE REPARO DE VEÍCULOS (VEÍCULOS AUTOMOTORES)  REPARO DE PESSOAS

2 - Número de identificação: 70282763414

70282763414 Vanderson da Silva

3 - Endereço das residências das pessoas que compõem a família: Rua das Flores, 123 - Centro - Tuntama - RO - CEP 68300-000

3 - Nome completo:

Vanderson da Silva

70282763414

7 - Profissão:

Agricultor

Vila Pacimba

05 casa

22 - Endereço:

Pacimba

Tuntama

PC

55125-000

33 - Cidade:

81.99700.1995

42 - Data de emissão:

12 - Nome completo do representante legal:

34 - CPF do representante legal:

35 - Nome do representante legal:

36 - Endereço do representante legal:

37 - Cidade do representante legal:

38 - UF do representante legal:

39 - CEP do representante legal:

40 - Data de emissão:

41 - Nome completo do beneficiário:

42 - CPF do beneficiário:

43 - Nome completo do beneficiário:

44 - RG do beneficiário:

45 - Endereço do beneficiário:

46 - Cidade do beneficiário:

47 - UF do beneficiário:

48 - CEP do beneficiário:

49 - Data de emissão:

50 - Nome completo do beneficiário:

51 - CPF do beneficiário:

52 - Nome completo do beneficiário:

53 - RG do beneficiário:

54 - Endereço do beneficiário:

55 - Cidade do beneficiário:

56 - UF do beneficiário:

57 - CEP do beneficiário:

58 - Data de emissão:

59 - Nome completo do beneficiário:

60 - CPF do beneficiário:

61 - Nome completo do beneficiário:

62 - RG do beneficiário:

63 - Endereço do beneficiário:

64 - Cidade do beneficiário:

65 - UF do beneficiário:

66 - CEP do beneficiário:

67 - Data de emissão:

68 - Nome completo do beneficiário:

69 - CPF do beneficiário:

70 - Nome completo do beneficiário:

71 - RG do beneficiário:

72 - Endereço do beneficiário:

73 - Cidade do beneficiário:

74 - UF do beneficiário:

75 - CEP do beneficiário:

76 - Data de emissão:

77 - Nome completo do beneficiário:

78 - CPF do beneficiário:

79 - Nome completo do beneficiário:

80 - RG do beneficiário:

81 - Endereço do beneficiário:

82 - Cidade do beneficiário:

83 - UF do beneficiário:

84 - CEP do beneficiário:

85 - Data de emissão:

86 - Nome completo do beneficiário:

87 - CPF do beneficiário:

88 - Nome completo do beneficiário:

89 - RG do beneficiário:

90 - Endereço do beneficiário:

91 - Cidade do beneficiário:

92 - UF do beneficiário:

93 - CEP do beneficiário:

94 - Data de emissão:

95 - Nome completo do beneficiário:

96 - CPF do beneficiário:

97 - Nome completo do beneficiário:

98 - RG do beneficiário:

99 - Endereço do beneficiário:

100 - Cidade do beneficiário:

101 - UF do beneficiário:

102 - CEP do beneficiário:

103 - Data de emissão:

104 - Nome completo do beneficiário:

105 - CPF do beneficiário:

106 - Nome completo do beneficiário:

107 - RG do beneficiário:

108 - Endereço do beneficiário:

109 - Cidade do beneficiário:

110 - UF do beneficiário:

111 - CEP do beneficiário:

112 - Data de emissão:

113 - Nome completo do beneficiário:

114 - CPF do beneficiário:

115 - Nome completo do beneficiário:

116 - RG do beneficiário:

117 - Endereço do beneficiário:

118 - Cidade do beneficiário:

119 - UF do beneficiário:

120 - CEP do beneficiário:

121 - Data de emissão:

122 - Nome completo do beneficiário:

123 - CPF do beneficiário:

124 - Nome completo do beneficiário:

125 - RG do beneficiário:

126 - Endereço do beneficiário:

127 - Cidade do beneficiário:

128 - UF do beneficiário:

129 - CEP do beneficiário:

130 - Data de emissão:

131 - Nome completo do beneficiário:

132 - CPF do beneficiário:

133 - Nome completo do beneficiário:

134 - RG do beneficiário:

135 - Endereço do beneficiário:

136 - Cidade do beneficiário:

137 - UF do beneficiário:

138 - CEP do beneficiário:

139 - Data de emissão:

140 - Nome completo do beneficiário:

141 - CPF do beneficiário:

142 - Nome completo do beneficiário:

143 - RG do beneficiário:

144 - Endereço do beneficiário:

145 - Cidade do beneficiário:

146 - UF do beneficiário:

147 - CEP do beneficiário:

148 - Data de emissão:

149 - Nome completo do beneficiário:

150 - CPF do beneficiário:

151 - Nome completo do beneficiário:

152 - RG do beneficiário:

153 - Endereço do beneficiário:

154 - Cidade do beneficiário:

155 - UF do beneficiário:

156 - CEP do beneficiário:

157 - Data de emissão:

158 - Nome completo do beneficiário:

159 - CPF do beneficiário:

160 - Nome completo do beneficiário:

161 - RG do beneficiário:

162 - Endereço do beneficiário:

163 - Cidade do beneficiário:

164 - UF do beneficiário:

165 - CEP do beneficiário:

166 - Data de emissão:

167 - Nome completo do beneficiário:

168 - CPF do beneficiário:

169 - Nome completo do beneficiário:

170 - RG do beneficiário:

171 - Endereço do beneficiário:

172 - Cidade do beneficiário:

173 - UF do beneficiário:

174 - CEP do beneficiário:

175 - Data de emissão:

176 - Nome completo do beneficiário:

177 - CPF do beneficiário:

178 - Nome completo do beneficiário:

179 - RG do beneficiário:

180 - Endereço do beneficiário:

181 - Cidade do beneficiário:

182 - UF do beneficiário:

183 - CEP do beneficiário:

184 - Data de emissão:

185 - Nome completo do beneficiário:

186 - CPF do beneficiário:

187 - Nome completo do beneficiário:

188 - RG do beneficiário:

189 - Endereço do beneficiário:

190 - Cidade do beneficiário:

191 - UF do beneficiário:

192 - CEP do beneficiário:

193 - Data de emissão:

194 - Nome completo do beneficiário:

195 - CPF do beneficiário:

196 - Nome completo do beneficiário:

197 - RG do beneficiário:

198 - Endereço do beneficiário:

199 - Cidade do beneficiário:

200 - UF do beneficiário:

201 - CEP do beneficiário:

202 - Data de emissão:

203 - Nome completo do beneficiário:

204 - CPF do beneficiário:

205 - Nome completo do beneficiário:

206 - RG do beneficiário:

207 - Endereço do beneficiário:

208 - Cidade do beneficiário:

209 - UF do beneficiário:

210 - CEP do beneficiário:

211 - Data de emissão:

212 - Nome completo do beneficiário:

213 - CPF do beneficiário:

214 - Nome completo do beneficiário:

215 - RG do beneficiário:

216 - Endereço do beneficiário:

217 - Cidade do beneficiário:

218 - UF do beneficiário:

219 - CEP do beneficiário:

220 - Data de emissão:

221 - Nome completo do beneficiário:

222 - CPF do beneficiário:

223 - Nome completo do beneficiário:

224 - RG do beneficiário:

225 - Endereço do beneficiário:

226 - Cidade do beneficiário:

227 - UF do beneficiário:

228 - CEP do beneficiário:

229 - Data de emissão:

230 - Nome completo do beneficiário:

231 - CPF do beneficiário:

232 - Nome completo do beneficiário:

233 - RG do beneficiário:

234 - Endereço do beneficiário:

235 - Cidade do beneficiário:

236 - UF do beneficiário:

237 - CEP do beneficiário:

238 - Data de emissão:

239 - Nome completo do beneficiário:

240 - CPF do beneficiário:

241 - Nome completo do beneficiário:

242 - RG do beneficiário:

243 - Endereço do beneficiário:

244 - Cidade do beneficiário:

245 - UF do beneficiário:

246 - CEP do beneficiário:

247 - Data de emissão:

248 - Nome completo do beneficiário:

249 - CPF do beneficiário:

250 - Nome completo do beneficiário:

251 - RG do beneficiário:

252 - Endereço do beneficiário:

253 - Cidade do beneficiário:

254 - UF do beneficiário:

255 - CEP do beneficiário:

256 - Data de emissão:

257 - Nome completo do beneficiário:

258 - CPF do beneficiário:

259 - Nome completo do beneficiário:

260 - RG do beneficiário:

261 - Endereço do beneficiário:

262 - Cidade do beneficiário:

263 - UF do beneficiário:

264 - CEP do beneficiário:

265 - Data de emissão:

266 - Nome completo do beneficiário:

267 - CPF do beneficiário:

268 - Nome completo do beneficiário:

269 - RG do beneficiário:

270 - Endereço do beneficiário:

271 - Cidade do beneficiário:

272 - UF do beneficiário:

273 - CEP do beneficiário:

274 - Data de emissão:

275 - Nome completo do beneficiário:

276 - CPF do beneficiário:

277 - Nome completo do beneficiário:

278 - RG do beneficiário:

279 - Endereço do beneficiário



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131º CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ºCIRC  
 DINTER1/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 18E0221000570

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/09/2018 às 10:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/7/2018 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: CAPELA NOVA, 1, ESTRADA DO Povoado DE CAPELA NOVA - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
 ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO ( OUTRO )  
 VANDEILSON DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VANDEILSON DA SILVA

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

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

VANDEILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROZÉLIA SEVERINA DA SILVA Pai: VANDERLY SILVA Data de Nascimento: 24/4/1996 Naturalidade: TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: CAPELA NOVA, 1, RUA DA QUADRA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO / BRASIL

ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANGELA REGINA DA SILVA COMISSÃO, que estava em posse do(a) Sr(a): VANDEILSON DA SILVA  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não  
 Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: QYR1523 (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: 996097589 Classif: 9C2KC1650ER018996  
 Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: GASOLINA

19/09/2018 10:16

1 of 2



Complemento / Observação

A VÍTIMA (VANDEILSON) VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OYR-1523, PELA ESTRADA DE CAPELA NOVA TRAFEGANDO NO SENTIDO CAPELA NOVA PARA O SITIO JACARÉ, MAS NO MEIO DO PERCURSO, DEVIDO AO EXCESSO DE AREIA NA ESTRADA, A MOTO DERRAPOU E POR ISSO A VÍTIMA PERDEU CONTROLE DA MOTO E POR CAUSA DISTO CAIU DA MOTO E VEIO A SOFRER VÁRIAS LESÕES CORPORais, LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS NA CIDADE DE MORENO.

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

*R. Vandeilson da Silva*

VANDEILSON DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANDERSON EDGLEY PEREIRA DA COSTA - Matrícula: 296784-7



19/09/2018 10:11

2 of 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257>  
Número do documento: 20100617210272600000067801257

Num. 69138224 - Pág. 7



## PERÍODO DE SEGURO DPVAT

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061721027260000067801257>  
Número do documento: 2010061721027260000067801257

Num. 69138224 - Pág. 8

# 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: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: VANDEILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000037050-2

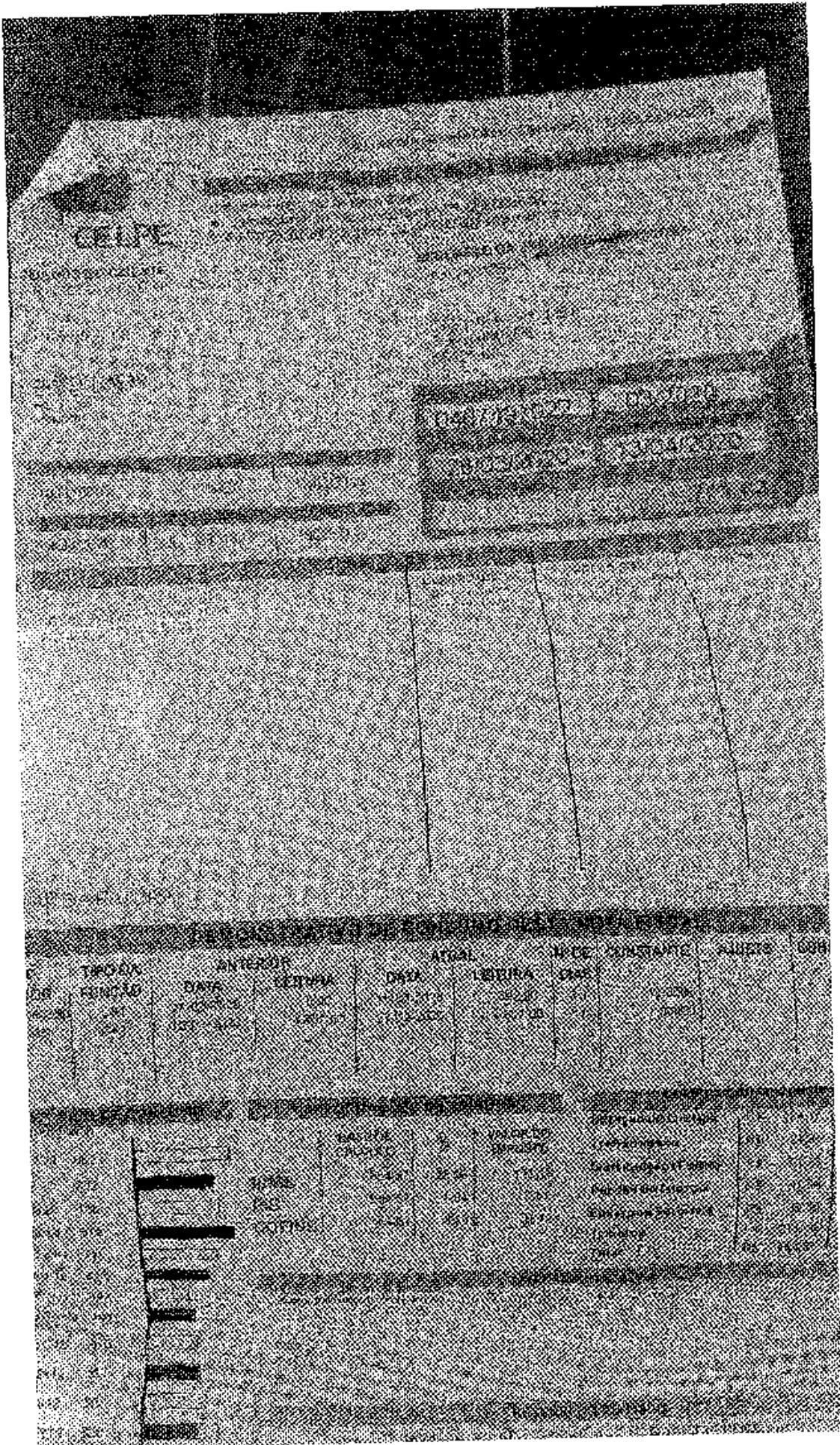
---

Nr. da Autenticação 9B186FE6FC144D61



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257>  
Número do documento: 20100617210272600000067801257

Num. 69138224 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257>  
Número do documento: 20100617210272600000067801257

Num. 69138224 - Pág. 10





## 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=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Adriano M. de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444-04,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vanuilton da Silveira, inscrito  
(a) no CPF sob o N° 702.827.634-14, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro, da Vítima  
Vanuilton da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 702.827.634-14, 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	<u>Rua São Bento</u>	Número	<u>370</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55480-000</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	
			<u>81-99700-1998</u>	<u>81-99161-</u>	

Centro, 20 de Julho de 2020  
Local e Data

Adriano M. de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante



Toritama, 13 de Setembro de 2018.

## **Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima** **Declaração de Atendimento Hospitalar**

### **DECLARAÇÃO nº 130/2018**

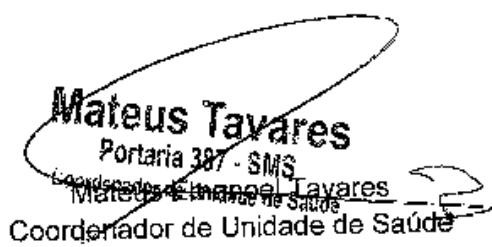
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **VANDEILSON DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **VANDEILSON DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 115.530, no dia 22/07/2018, foi atendido e em seguida sendo LIBERADO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



**Mateus Tavares**  
Portaria 387 - SMS  
Mateus Tavares  
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •  
Telefone: 3741-1192• E-mail – [admhospitalitoritama@gmail.com](mailto:admhospitalitoritama@gmail.com)  
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





Registro	Hora	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
MS 53020111	11:00	Vanderley Da Silva	M	22-07-2018
Idade:	RG	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
22	9304.6+2 SSP/PE			Solteiro
Data de Nascimento:	24/04/1996	Naturalidade:		
Endereço:	Vila São Benedito	Número:	Complemento:	
Cidade:	Toritama	Bairro:	UF:	CEP:
SHS:	398.0034.7868.6049	Profissão:		
Nome da Mãe:		Nome do Pai:		
Roselma Sávane de Almeida		Vanderley da Silva		
Nome do Responsável:		Telefone: 9105-1474		

PA (20x 80)	PULSO:	IFR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO <sub>2</sub> ambiente:		SpO <sub>2</sub> com O <sub>2</sub>	L/min:		
CLASSIFICAÇÃO: <input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input checked="" type="radio"/> VERDE		ASSINATURA E CARIMBO: <input checked="" type="radio"/> AZUL <input type="radio"/> PRETO			

H.O.A. P6 saiu para a academia na 22-07-2018  
não deu bem

A: Vai para praia  
B: 1000m de praia alta  
C: Piscina com 1m de altura  
D: ECG: 15  
E: 1

Hipertensão: ( ) sim ( ) não // Diabetes: ( ) sim ( ) não // APP:

EXAME GERAL	OROSCOPIA:
OTOCÓPIA	NEUROLÓGICO:
ACV:	GLASGOW:
AR:	NUCA:
ABDOME:	PUPILAS:
MEM/ROS:	PELE:

Diagnóstico Provisório: CTG E leio / fatores de desencadeante

- Alergias: ( ) sim ( ) não

Conduta: P Salvo Rx Clínico e laboratorial  
Orienta: clínico + farmacológico

2) Dolor abdominal e farto gás feito recente  
3) Refluxo  
4) Diarreia

Carlos Branco  
MÉDICO  
CRM 26840

3) Trat (Anap T4) ✓ 21/07/2018 Carlos  
Carlos Branco  
MÉDICO  
CRM 26840

MÉDICO(CRM)





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, **Vandeilson da Silva**, com **Registro Hospitalar: 322174**, esteve interno nesta **Unidade de saúde no dia, 23/07/2018 a 23/07/2018**

**OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**

Caruaru 19 de Março 2019

*09.794.976/02001-00 - f*  
FISSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - CEP 65400-000

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP 55.024.000  
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257>  
Número do documento: 20100617210272600000067801257

Num. 69138224 - Pág. 15

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 431232

Prontuário: 322174

Nome: VANDEILSON DA SILVA  
Data Nasc.: 24/04/1996 Idade: 22 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
CPF: RC: 9304672 CNS: 898003475686149  
Endereço: VILA SÃO BENEDITO N°: 0  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: TORITAMA  
CEP: 55125000 Fone: 991167233 Profissão: AUXILIAR DE COSTURA  
Nome da Mãe: ROZELIA SEVERINA DA SILVA  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2- ATENDIMENTO: Data: 25/09/2016 Hora: 08:00 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Fratura no ombro (L)  
Alívio de dor.*

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

*Ombro com dor L  
Limitado.*

Diag. Provisório:

*Fratura clavícula.*

*Rx: Fratura de clavícula.*

Prescrição:

Data: \_\_\_\_\_

Horário

Data: \_\_\_\_\_

*01/10/2016 Consultório*

*07-10-2016 21:00*

*Dr. Maurício  
Ortopedista Traumatologista  
Clínica do Quarto  
08:00-16:00*

1 de 2

## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

### 2. Evolution: Exames

### Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

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

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

## Asellata

Autenticação de Procedimento | 1. Padrão | 2. Elementos

Name: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## Procedimento:

Assimilat

**Diag. Definitive:**

## Bestiario de Pacientes

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido

Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Informante

2020-09-21

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Instigado ( ) Único

2023/2018 11:04:03 AM

## Usuário do Aprendizado MENOSONWEB



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 20/09/2018 20:44

Atendimento: 287165 Entrada: 23/07/2018 Hora: 23:11  
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA  
Responsável:  
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Recepção: ELIANE SOARES DA SILVA  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 898003475686149

Paciente: 1616048 VANDEILSON DA SILVA  
Nascimento: 24/04/1996 (22 Anos e 4 Meses)  
Endereço: RUA ALEXANDRE DE GUSMÃO  
Bairro: CORDEIRO C.E.P.: 50630-646  
Cidade: 2611606 RECIFE  
Pai: VANDERLY SILVA  
Mãe: ROZELIA SEVERINA DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.:  
Identidade: 9304672 - SDS - PE  
Telefone: 84133167  
G.Instrução:  
Ocupação: COSTUREIRO  
Naturalidade: TORITAMA PE

**ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA**

**CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)**

**Queixa do paciente:**

PCT RÉFERE ACIDENTE DE MOTO, HÁ CERCA DE 5H,  
REFERE DOR EM OMBRO D. REFERE VOMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA.  
NEGA DEMAIS QUEIXAS.

**Exame físico:**

EGB

ECG:15

DOR E DEFORIDADE EM OMBRO D.

RX DE OMBRO: FRAT DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA

**Hipótese diagnóstica:**

TCE

FRAT DE CLAVÍCULA.

**Prescrição/Conduta:**

		Horário/Checkagem
01 -	DIPIRONA 01 AMP + AD EV	
02 -	VOLTAREN 1 AMP IM	
03 -	IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA	
04 -	SOLICITO AVALIAÇÃO DE CLÍNICO.	

**Reavaliação:**

**Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)** **COMANDA:**

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno - PE

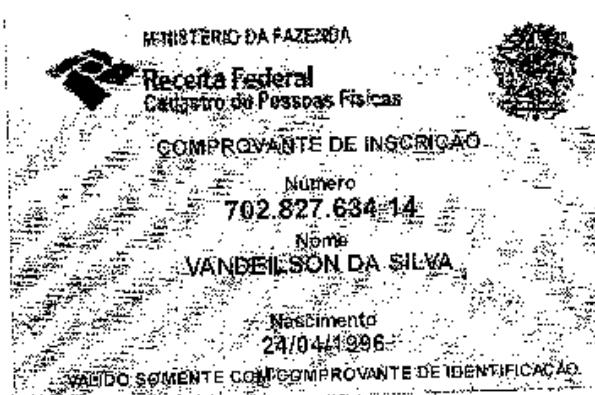
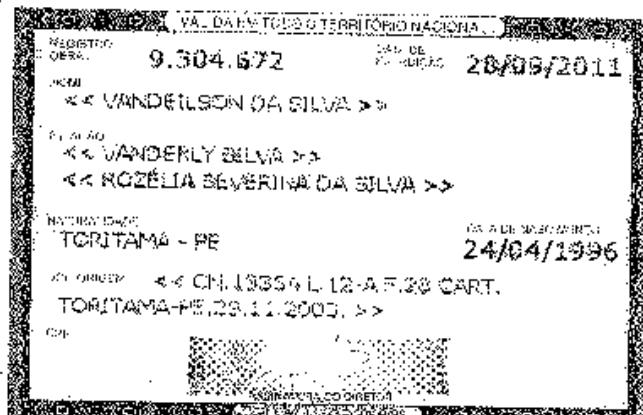
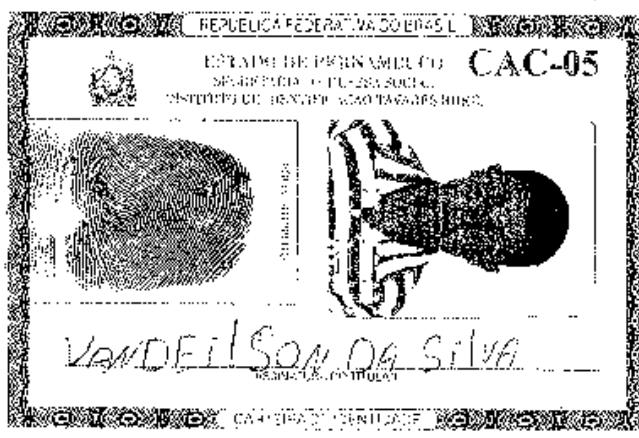
Página 1 de 2

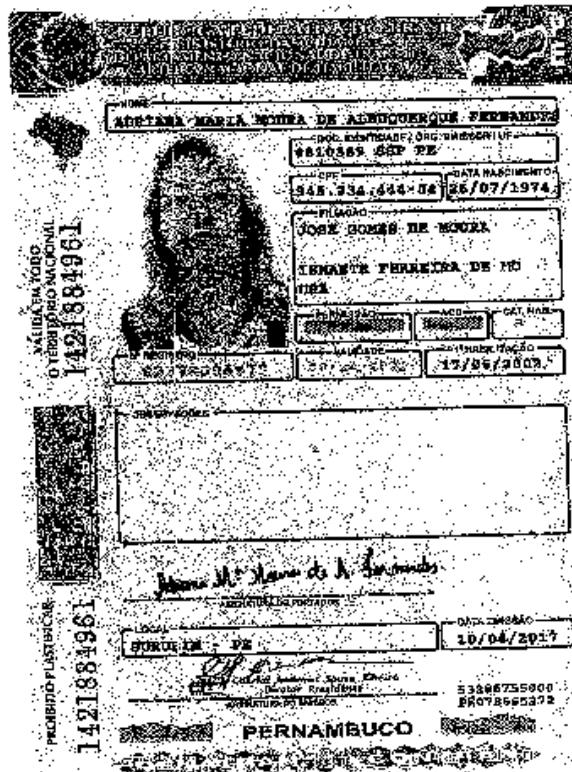


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257>  
Número do documento: 20100617210272600000067801257

Num. 69138224 - Pág. 18







## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119182/20

**Vítima:** VANDEILSON DA SILVA

**CPF:** 702.827.634-14

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/07/2018

**Titular do CPF:** VANDEILSON DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**VANDEILSON DA SILVA : 702.827.634-14**

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 20/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 20/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO

DESPACHANTE

Nome: VANESSA DA SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
PROFISSAO: AGRICULTOR  
IDENTIDADE: 644.912.000-12  
DATA DO ACIDENTE: 22/07/2018  
COBERTURA: INVALIDEZ  
Nome: VANESSA DA SILVA  
ENDERECO: VILA CAUCAIA, 1000, CAIXAS, TANANARIVE

DESPACHANTE

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALMEIDA FERREIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
PROFISSAO: REDESSAG  
IDENTIDADE: 444.912.000-12  
ENDERECO: RUA JACOBINI, 1000, CAIXAS, TANANARIVE

PELO PRESENTE, INSTITUIMOS A FOLHAR DA PROCURAÇÃO, CONSEGUINDO  
CONSTITUIÇÃO DE AGENTE DE DESPACHANTE, PARA ADEQUAÇÃO, A  
QUEM CONFERIR PELA AUTORIDADE, AQUI PEDIFFA, A SUCURSAO DA  
CONSTITUIÇÃO CONSULTE SEGURO-OBRA, SISTEMA SPI&T, SISTEMA MUNICIPAL  
PROCURAÇÃO DE DESPACHANTE, DEPARTAMENTO, COMISSAO  
PROYECTOS JURIDICOS, PROJETOS, COMITÉS, CONSELHOS, CONSELHOS DE DESPACHANTES  
DE ATENÇÃO MÉDICA, JURÍDICA, MUNICIPAL, ECONOMICO, PROFISSIONAL, PROFISSIONAL, PROFISSIONAL,

DATA: 20/07/2020

ASSINATURA DO DESPACHANTE

RECONHECIDA FONDA PELA AUTENTICIDADE



**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A**  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro  
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Às  
Seguradoras Consorciadas

**Assunto: Projeto Movimentação Remota – Identificação de Sinistros pendenciados com possibilidade de prosseguimento por meio de ações que independem de contato presencial**

Prezados Senhores,

1. Como é de conhecimento de todos, em 7/2/2020, foi publicada a Lei 13.979, de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e indica as condições para aplicação de isolamento e quarentena, conforme o caso.
2. Em 20/3/2020, foi publicada a Medida Provisória nº 926, de 2020, que alterou a referida lei para, dentre outros temas, permitir às autoridades, no âmbito de suas competências, a adotar medidas de restrições à circulação de pessoas, resguardando o exercício e funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais. Ainda nessa data, o Decreto Legislativo nº 6, de 2020, estabeleceu estado de calamidade pública em razão da emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19).
3. Diante desse cenário de restrição à circulação de pessoas e de concentração de esforços para o atendimento às pessoas com suspeita ou comprovada contaminação pelo Covid-19, entendemos que os beneficiários do Seguro DPVAT poderiam ter nos recursos providos por esse seguro um apoio nesse momento de grande dificuldade para toda a sociedade. Por outro lado, poderiam esses mesmos beneficiários encontrar dificuldades na obtenção de documentos que foram objeto de pendenciamento em sinistros já avisados e cujos prazos estavam interrompidos.
4. Da análise das bases de dados e documentos relativos à regulação de sinistros, identificou-se que alguns documentos, ou informações pendentes, poderiam ser fornecidas pelos interessados sem a necessidade de deslocamento a quaisquer órgãos, ou obtidas pela Seguradora Líder com o uso de tecnologia.
5. Nesse contexto e visando dar prosseguimento a regulação desses sinistros, a Seguradora Líder desenvolveu o Projeto Movimentação Remota (“Projeto”) que é composto por uma série de análises e ações diferenciadas em relação àquelas atualmente adotadas na operação do Seguro DPVAT, e que serão utilizadas somente enquanto perdurar o cenário de quarentena e a limitação de circulação de pessoas em razão da pandemia da COVID-19.
6. Cabe destacar que, como as ações da seguradora não devem estimular o deslocamento e o contato presencial de pessoas, foram selecionados apenas sinistros que possam ser movimentados por meio de ações remotas.
7. Sendo assim, serve o presente Comunicado para convidá-los a participar desse Projeto pioneiro e desafiador que dependerá de um esforço conjunto e da parceria entre a Seguradora Líder e



**Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.**  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro  
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Seguradoras Consorciadas para atuação nos sinistros administrativos pendenciados na etapa de regulação, com a finalidade de se buscar a finalização dos processos e, quando pertinente, o pagamento das respectivas indenizações, mediante o exame do conjunto probatório de todo o processo de sinistro e a verificação do direito do Beneficiário.

8. A participação no Projeto é simples e inicia-se com o envio à Consorciada de grupos de sinistros que serão organizados com base no tipo de documento que será tratado pela Seguradora Líder. Em seguida, caberá à Consorciada realizar a movimentação do processo para “Concluir Regulação”. Caso, eventualmente haja alguma outra providência operacional a ser tomada no SISDPVAT, será enviado e-mail com os sinistros e os respectivos esclarecimentos acerca das medidas necessárias para movimentação.
9. Esclarecemos, por fim, que a seleção dos processos de regulação inseridos no Projeto, considerando as premissas expostas, já foi realizada pela Seguradora Líder. Logo, não será permitida a indicação de outros casos pelas Consorciadas, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto em relação aos sinistros:
  - (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
  - (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.
10. Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação dos sinistros avisados durante o período determinado deste projeto.
11. Em breve, iniciaremos o envio dos grupos de sinistros a cada Consorciada com instruções complementares.
12. Contamos com o empenho e agilidade das equipes envolvidas no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.
13. As dúvidas deverão ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br) e no assunto, deve constar: **Projeto Movimentação Remota**.

À disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários, contamos com a colaboração de todos.

Atenciosamente,

  
Diretoria de Operações e Tecnologia da Informação - DOPTI  
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119182/20

**Número do Sinistro:** 3200153167

**Vítima:** VANDEILSON DA SILVA

**CPF:** 702.827.634-14

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/07/2018

**Titular do CPF:** VANDEILSON DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04**

Procuração

**VANDEILSON DA SILVA : 702.827.634-14**

Autorização de pagamento

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 24/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 24/04/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:21:02  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617210272600000067801257>  
Número do documento: 20100617210272600000067801257

Num. 69138224 - Pág. 26

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200153167      **Cidade:** Vertentes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDEILSON DA SILVA      **Data do acidente:** 22/07/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 29/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.  
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.4  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

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

