



Número: **0046508-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/09/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLEITON BARRETO DA SILVA (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69497 074	14/10/2020 16:13	<u>ANEXO 1</u>	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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214687

Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEITON BARRETO 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 14090000

Pag. 00195/00196 - carta_01 - INVALIDEZ



00036098





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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190214687 Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIA GUII HERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). CLEITON BARRETO DA SILVA

Informações sobre o pagamento da indenização

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

Pag. 011111/011112 - carta 15B - INVALIDEZ



Recebedor: CLEITON BARRETO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001792-2

Conta: 000010025978-2

Tipo: **CONTA POUPANCA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avançada, 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

Nº do cadastro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	143.678.924-30	Cleton Barreto da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	Cleton Barreto da Silva	CPF:	143.678.924-30	
Profissão:	Reunior	Endereço:	5109 Campinas Seca	Número:
Bairro:	Centro	Cidade:	Acau	Estado:
E-mail:	E-mail:		CEP: 58350-000	
	cletonbarreto_giovana@gmail.com		Tel. (DDD) 11 3115-1111	3115-0771

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA). (N) 9.9508-0.277

DADOS CADASTRAIS				
RENDIMENTO MENSAL:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1792	CONTA: 25.978	0	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, avaliação total do valor recebido.

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 R\$ 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 curtas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das validades permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei E.194/74, art. 34, §1º, declarando que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na 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 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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.

Local e Data: Pombal - PE 19.03.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RGQ.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

05.802.494/0001-41

HACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: _____ CPF: _____

21 MAR 2019

Rua da Aurora, 16175, bl. 902 AL. C

Assinatura: _____

Assinatura: _____

RECICEPE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGQ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dizer a verdade sobre o teor do comodato, antes da preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EDS_001_V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 053^a CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53^aCIRC
DINTER1/11^o DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18 E0143001206

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/11/2018 às 15:01

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 23/9/2018 às 11:00

Facto ocorrido no endereço: PE062 - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à: MUNICÍPIO DE CONDADO, 7 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL Local de Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO (AUTOR\ AGENTE)
CLEITON BARRETO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

CLEITON BARRETO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: MARIA OLÍMPIA FERREIRA DE SOUZA Pal: ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 14/05/2001 Naturalidade: ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial RUA EDUARDO GOMES DE FREITAS - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à: MUNICÍPIO DE CONDADO, 71 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: MARIA VIEIRA BARRETO DA SILVA Pal: ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 29/7/1955 Naturalidade: ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 17386471555PIPE (RG), 13335609415 (CPF) Profissão: MOTORISTA Residencial RUA EDUARDO GOMES DE FREITAS - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à: MUNICÍPIO DE CONDADO, 81 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 Objeto apreendido: N/A Car. VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KGZ0368 (PERNAMBUCO/ALIANCA) Renavam: 185071078 Chassi: CG125BR1134463 Ano Fabricação/Modelo: 1981/1981 Combustível: ALCO/GASOL

05.B02.444/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
RECIFE PE
PCE 50.660-010

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 23/9/2018 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO. ELE ESTAVA NA GARUPA DO SEU PAI SAMU FOI ATRACADO E O JOVEM FOI CONDUZIDO DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, NO HR FOI DIAGNOSTICADA A FRATURA NA CLAVICULA, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO. ESSE B.O TEM COMO FINALIDADE, EMBASAR O SEGURO DPVAT.

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

CLEITON BARRETO DA SILVA X Cleiton Barreto da Silva



ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO
(AUTORIA GENTE)

Antonio Barreto da Silva Filho

Boletim de Ocorrência

S.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE VARGAS NOEL - Matrícula: 2866203



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:13:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416134378000000068150138>
Número do documento: 20101416134378000000068150138

Num. 69497074 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	141.678.924-30	Clinton Barreto da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Clinton Barreto da Silva		CPF: 141.678.924-30	Número: 5N	Complemento:
Profissão: Revisor	Endereço: 550 Camponas Seca	Cidade: Cicau	Estado: PB	CEP: 58350-000
Bairro: Centro				Tel.(DD9) 91 3626-3111 (81) 3626-3111
E-mail: Clintonbarreto.silva@gmail.com				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA). (R) 09.9107-E.191

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DPOÇÃO DE 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: _____

AGÊNCIA: 1792 CONTA: 25.979 (0)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (0)

(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.

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 Rns 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 curtas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.

Local e Data:	Concordado - PE 19.03.2019
Nome:	Clinton Barreto da Silva
CPF:	141.678.924-30

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

Clinton Barreto da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: _____
CPF: _____

21 MAR 2019

Assinatura: _____
Data da Autoria: 04/11/2019
Assinante: CEP: 58000-000
UF: PE

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

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190214687 **Cidade:** Condado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (PÁG.6)CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR.ALISSON VINIRO ,CRM 12514,DATA 19/03/2019

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEITON BARRETO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010025978-2

Nr. da Autenticação 594499B0CC711236



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:13:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416134378000000068150138>
Número do documento: 20101416134378000000068150138

Num. 69497074 - Pág. 8

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento emitido digitalmente.

Documento não é segurado pelo RGPD.

Para mais informações sobre o RGPD, visite o site da Comissão de Proteção de Dados: CNPD.

ENERGISA PARAÍBA - EXTREMEZINHA DE ENERGIA S/A
Br 320, km 23 - Distrito Rosário - João Pessoa / PB - CEP 58111-000
CNPJ 05.165.163/0001-42 - CNPJ 16.761.122/0001-10

DADOS DO CLIENTE:

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO
BT CAMPIAS BECA 811
ACAU

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1328025-0

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2019

18/03/2019

0

25/03/2019

R\$ 24,85

Acesse: www.energisa.com.br



ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

Retairo: 10-255-733-4270

53870000000-0 24850054000-5 13280232019-8 03200255019-5

VENIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRIZ/CIA

25/03/2019

R\$ 24,85



05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, S. 901 B. C.
Boa Vista - CEP 50.260-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:13:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416134378000000068150138>
Número do documento: 20101416134378000000068150138

Num. 69497074 - Pág. 9

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento emitido digitalmente.

Documento não é segurado pelo RGPD.

Para mais informações sobre o RGPD, visite o site da CNPD: www.cnpd.gov.br.

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 320, km 23 - Distrito Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58011-000
CNPJ 05.165.163/0001-42 - CNPJ 16.781.122/0001-10

DADOS DO CLIENTE:

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO
BT CAMPIAS BECA 8N
ACAU

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1328025-0

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2019

18/03/2019

0

25/03/2019

R\$ 24,85

Acesse: www.energisa.com.br



ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

Retairo: 10-255-733-4270

53870000000-0 24850054000-5 13280232019-8 03200255019-5

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRIZ/CIA

25/03/2019

R\$ 24,85

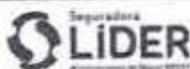


05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, S. 902 B. C.
Boa Vista - CEP 50.260-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:13:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010141613437800000068150138>
Número do documento: 2010141613437800000068150138

Num. 69497074 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda à sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP 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 de profissão e de fixa 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES TÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.633/98.

Pelo exposto, eu, Fábio Guilherme mangabeira da Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Barreto da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o nº 193.336.074 / 15,

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz, da Vítima Cleiton Barreto da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 141.678.924 / 30, 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 à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando o 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 Duque de Caxias</u>	Número:	<u>170</u>	Complemento:	<u>Nº</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Joânia</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>antoniorjaria.joania@gmail.com</u>			Tel.(DDD):	<u>(81) 3626-3771</u>

Local e Data: Joânia - PE 19.03.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BLT
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DLR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:13:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416134378000000068150138>
Número do documento: 20101416134378000000068150138

Num. 69497074 - Pág. 12

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Antônio Barreto da Silva Filho,

RG nº 3.738.647, data de expedição 07/08/78,

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 193.356.094-15, com

domicílio na cidade de Acaí, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Campinas Seca, nº 5N,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Cleiton Barreto da Silva, cujo o condutor era

Antônio Barreto da Silva Filho.

Veículo: motoциклeta

Modelo: horaa eq. 125

Ano: 1991

Placa: KGZ 0368

Chassi: CG125BR 1134463

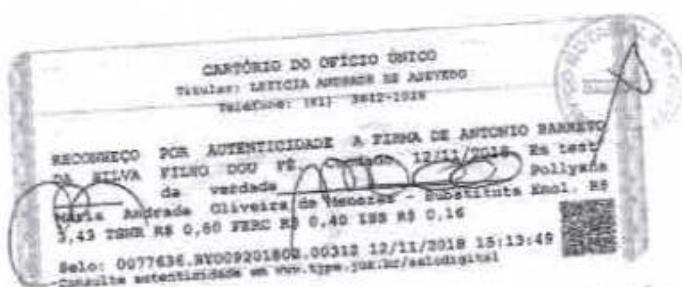
Data do Acidente: 23.09.2018

Local e Data: Londrino PE 12.11.2018.

Antônio Barreto da Silva Filho

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



SAMU
192

Hora do chamado: 11.51
 Chegada no local: 12.30
 Saída do hospital:
 Hora de conclusão:

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 23/09/18 Distrito: Número da Ocorrência: S-330522

Motivo da Solicitação: *Colisão de moto/moto* UTI Básica Helicóptero

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

IDENTIFICAÇÃO

44-03-2001

Paciente: *Cliton Barreto da silva* Idade: 17 anos

Sexo: Mas. Fem. Profissão: _____ Fone: _____

End.: PE = 062 Bairro: _____

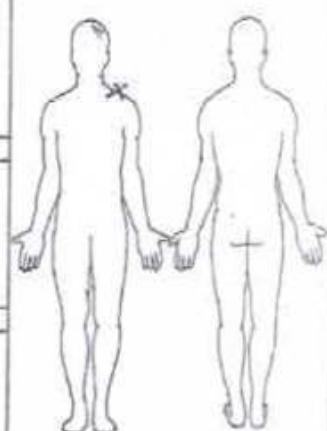
Sobrenome: *Allyam* Fone: _____

End. Corr. *Lendado* Bairro: _____

Referência: *Pronto: a sala emergência*

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma
<input type="checkbox"/> Motorista	<input checked="" type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Explosão
<input type="checkbox"/> Passageiro/Trás		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal
Uso do Cinto	Uso do Capacete		<input type="checkbox"/> Impacto lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Expoções
<input type="checkbox"/> Cerro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Ar. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógeno	<input type="checkbox"/> Fogo
Caramanhola	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outras	() 1º () 2º () 3º
Placa: _____		Agente causador	<input type="checkbox"/> Fumaça
			<input type="checkbox"/> Subst. Química
Asfixia	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Susto-estragamento	<input type="checkbox"/> Própria altura	<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física
<input type="checkbox"/> Soltamento	<input type="checkbox"/> Outra altura	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Maus Tratos
<input type="checkbox"/> Engasgo	Aproximadamente: _____ metros	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Abuso sexual
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Tipo: _____	



CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: *paciente com postura de vítima e ...*
TCE suspeito.

Hipótese Diagnóstica Conhecida:

05.802-494/0001-43
TRACÃO CORRETO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Temperatura	Glicemia(HGT)	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemiço
		<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Bellimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. V. Aéreas
Vias aéreas	Pulso	<input type="checkbox"/> Lesões de Face	<input type="checkbox"/> Chorose	<input type="checkbox"/> Retração Xfóide
F.R.		<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade Tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios
RN: 35-50	RN: 120-160	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Turgor MAM
Ad: 10-20	Ad: 60-110	<input type="checkbox"/> Cor da pele Normal	<input type="checkbox"/> Dislocação Múltipla	<input type="checkbox"/> Circulação PA



SAMU
192

EXAME NEUROLÓGICO				NATUREZA DA LESÃO	
Avaliação Primária	Sintomas de Disfunção Cerebral	Avaliação das Pupilas			
<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-abdominais		
<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Desvio da Comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácicas		
<input type="checkbox"/> Resp. estímulos Dolor	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Fala	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Presença/Sangue		
<input type="checkbox"/> Irresponsivo		<input type="checkbox"/> Miosis	Fratura - Ossos Longos		
			<input type="checkbox"/> Aberta	<input type="checkbox"/> Fechada	
ESCALA DE GLASGOW					
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total de Pontos		
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5	Obedecendo Comando	
Abertura Ocular à Voz	3	Confuso	4	Localiza Estímulos Dolorosos	
Abertura Ocular à Dor	2	Resposta Inapropriada	3	Retirada ao Estímulo Doloroso	
Sem Abertura Ocular	1	Sons Ininteligíveis	2	Flexão Anormal (Decorticação)	
		Sem resposta Verbal	1	Extensão Anormal (Descerebração)	
				Sem Resposta Motora	
				15	
CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO					
Aspiração de Sangue e Secreção	Ventilação Mecânica	Outras Condutas:			
<input type="checkbox"/> Entubação Oro traqueal	Modalidade:				
<input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical	FIO:				
<input type="checkbox"/> Infusão de Fluido	Adaptação Ventilação	Intercorrências:			
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardiolopulmonar	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Mal			
<input type="checkbox"/> Imobilização de Membros					
O%: <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi %: <input type="checkbox"/> Másc. c/ Reservatório					
USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS					
<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Anfetamina <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cola <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/>					
Informante: <input type="checkbox"/> A própria Vítima <input type="checkbox"/> Familares <input type="checkbox"/> Outros - Especificar					
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor <input type="checkbox"/> Agitado/Irritado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Referente a ingestão de bebida alcoólica há:					
<input type="checkbox"/> Alteração na marcha <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico <input type="checkbox"/> Sonoletos					
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO					
Hospital para onde o paciente foi encaminhado: <u>N-A</u>	<input type="checkbox"/> Mesa Relida na Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento <input type="checkbox"/> Prancha Retida <input type="checkbox"/> Removido Antes do Atendimento				
Registro do hospital:					
Médico que Recebeu:					
Assinatura do Médico Responsável:					
EQUIPE					
Médico Regulador: <u>Yves Batista</u>	Médico Assistente:				
Enfermeira: <u>Elisa</u>	Socorrista:				
Condutor/Piloto: <u>Elisa</u>	Op. de Frota/OEE:				
Médico responsável pelo preenchimento: <u>Yves Batista</u>	Ass.: <u>Yves Batista</u>	Data Socorro Pessoal: _____ Tel. Informações: 031 3211 758 342			
Função do responsável pelo preenchimento: <u>Yves Batista</u>	SOLICITOU APOIO DA UTI	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
Observação:					
EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE					
O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica	05.807.494/0001-41 TRACÃO CORRETIVA DE SEGUROS LTDA 21 MAR 2019				
Ass.: _____					

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1619324

Nome: Cláudia Bezerra de Siqueira

Foi atendido às 13h44 hs. do dia 23/03/2018

Diagnóstico Próvel:

Traumatismo crônico no fêmur
lateral com Estabilizante Tempor
prótesis de Fémur e Coxa ast
Prolisio Fémur Prostético e Fixaç
ão

C.D-10: S06

Tratamento Realizado: Clinic para Posto de
Nicaragua

Observação: A. Ambulatório da Neuro
cirurgia após 30 dias da Alta
Af. S. amb. da Pediatria

Cópia de: 30 dias.

Rita Mota
Médica-Residente
Médico Cirurgião
CRM 15.281/PE
021-10158

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Pùblico do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, 19175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CLEITON BARRETO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1649324	ATENDIMENTO: 01030937
DATA DE NASCIMENTO: 14/05/2001	FOI ATENDIDO EM: 23/09/2018 ÀS 13:46	
	DATA DA ALTA: 25/09/2018 ÀS 14:42	

Diagnóstico Provável:

1) FRATURA DE CLAVÍCULA (CID: S42.0)

Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTSE DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Observação:

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 30 (TRINTA) DIAS
RETIRAR PONTOS APOS 10 DIAS
CURATIVO DIARIO
ANALGESIA PARA DOMICÍLIO

Encaminhado para:

AMBULATÓRIO DO HR COM DR TIAGO JUSTUS APOS 3 SEMANAS

LUAN ANTUNES MARTINS MACEDO - CRM: Nº.28469

Recife, 25, SETEMBRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (81) 3181-5400



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1649324

Nome: Cláudia Bezerra da Silva

Foi atendido às 13h46 hr. do dia 23/02/2018

Diagnóstico Provável:

Tromboflebite (coágulo no fígado)
Intervenção Extramedical Temporária
próximal à Escavação Lumbosacra
Prótesis Fálica Prostática é Esclerizada

CID-10: S06

Tratamento Realizado: Clínica para Parto da
Niñez e Juventude

Observação: Ao Ambulatório dr. Nunes
cinco dias após 30 dias de alta
Ajuda-móveis da Psicologia

Cópia de: 308125

Rita Mota
Residente
Médica - Cirurgia
CRM 19.283/PE
02/11/198

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-000
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	23/09/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	23/09/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <i>Cleiton Batista da Silva.</i>			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>Fratura clavícula esquerda TCE com paralisia facial</i>			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <i>Osteosíntese de fratura da clavícula Fisioterapia motora 15 sessões. TCE - Tratamento conservador</i>			
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
EXISTE ALGUM DÉFITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> 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 ÓRGÃO AFETADO	
1º	<i>Dor, diminuição de força e ATAR</i>
2º	<i>Um outro esguicho levado</i>
3º	<i>a perda funcional de 25%.</i>
4º	<i>outros esguichos</i>
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI/E OU AVALEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 19/03/19 A 19/03/19
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Graiano. PE 19/03/19.

LOCAL DATA

ASSINATURA E CARIMBO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRMPE 69 / CRMDF 12514
CRMDF 12514
CRMDF 12514





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 502 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:13:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416134378000000068150138>
Número do documento: 20101416134378000000068150138

Num. 69497074 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:13:44
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010141613437800000068150138>
Número do documento: 20201146124237800000068150138

Núm. 69497074 - Pág. 21

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Antônio Barreto da Silva Filho

RG/CNH/CTPS: 1.738.647 CPF: 193.336.094.15

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro

End: Sítio Campinas Sica, SN, Acaí - PB

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.

RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65

End: Rua Duque de Caxias, N° 170-D, Centro, Góianina-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Cliton Barreto da Silva

Acedente: 23.09.2018

Cobertura: Invalidez

Londado - PE , 12 de Novembro de 2018.

Antônio Barreto da Silva Filho
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

CARPOEIRO DO OFÍCIO ÚNICO
titular: LETICIA ANDRADE DE AZEVEDO
telefone: (81) 3842-7226

RECONHECIDO FUR AUTÊNTICIDADE - A FIM DA ANTONIO BARRETO
DA SILVA FILHO DOU FE. Condado, 12/11/2018 Em test^o
da verdade
Marília Andrade Oliveira da Menezes - Substituta Enol, R\$
3,43 TSBR R\$ 0,80 PERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16
Balcão: 0077626.VA109201802.00311 12/11/2018 15:13:45
Consulte autenticidade em [www.tjepe.jus.br/seledigital](http://pje.tjepe.jus.br/seledigital)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2018
Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIF-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096094/19

Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA

CPF: 141.678.924-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: CLEITON BARRETO DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO : 193.336.094-15

Comprovante de residência
Documentos de identificação

CLEITON BARRETO DA SILVA : 141.678.924-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:13:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101416134378000000068150138>
Número do documento: 20101416134378000000068150138

Num. 69497074 - Pág. 24