



Número: **0035394-36.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70589791	05/11/2020 16:53	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Nº Sinistro: 3180168750

Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Data do Acidente: 11/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180168750**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12677071

Pag. 01001/01002 - carta_01 - INVALIDEZ

00020501



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA
Nº Sinistro: 3180168750
Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA
Data do Acidente: 11/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180168750**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00863/00864 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12752090



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Nº Sinistro: 3180168750

Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Data do Acidente: 11/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180168750**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00857/00858 - carta_03 - INVALIDEZ

00070429



Carta nº 12841140



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Carta nº: 12953910

A/C: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Nº Sinistro: 3180168750
Vitima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA
Data do Acidente: 11/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000045

Conta: 0000086818-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01031/01032 - carta_15R - INVALIDEZ

00020516



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA
Nº Sinistro: 3180168750
Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA
Data do Acidente: 11/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180168750**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00163/00164 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13260269



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Nº Sinistro: 3180168750

Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Data do Acidente: 11/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180168750**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01907/01908 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13483704



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Nº Sinistro: 3180168750

Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Data do Acidente: 11/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180168750**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00387/00388 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1351646



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA
Nº Sinistro: 3180168750
Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA
Data do Acidente: 11/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180168750**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00165/00166 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13531027





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, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180168750

Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Data do Acidente: 11/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00113/00114 - carta_02 - INVALIDEZ

00050067



Carta nº 13861067





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

800.112.174-72

Nome completo da vítima

Wellington Tadeu Barbosa de França

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Wellington Tadeu Barbosa de França	800.112.174-72	AUTONOMO
Endereço	Número	Complemento
R. Cinquenta e oito	68	Casa Lt. 8
Bairro	Cidade	Estado
Ed. Paulista/Navarro	Paulista	PE
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	53409-500	(81) 3011 3224

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

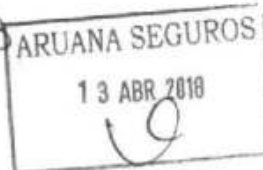
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<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"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº. 0045	Nº. 86818	Nº.	Nº.
D/V.	D/V.	D/V.	D/V.
	0		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Olinda, 14 de março de 2018

Local e Data



Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





ARUANA SEGUROS
13 ABR 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0104000606**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às **16:35**

Complementa o BO Número: **18E0104000605**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/12/2017** às **20:23**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 1, RODOVIA BR 101 - Bairro: CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO MOTEL APCE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESC (AUTOR \ AGENTE)
JOSEILDA ARRUDA DE ARAUJO (OUTRO)
WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA



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

WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRACI TENORIO DE FRANÇA Data de Nascimento: **17/8/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 68, RUA 58 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

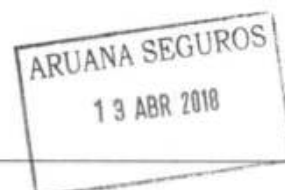
DESC (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSEILDA ARRUDA DE ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEILDA ARRUDA DE ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OEWS010** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

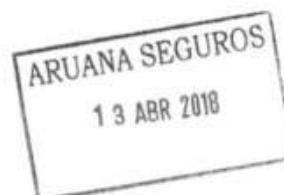


INFORMA O NOTICIANTE QUE DIRIGIA SUA MOTO NO LOCAL MENCIONADO, QUANDO EM DADO MOMENTO SE ASSUSTOU COM A BUZINHA FORTE DE CAMINHÃO QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO, TENDO LOGO EM SEGUIDA PUXADO A MOTO PARA O ACOSTAMENTO DA VIA, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E BATEU NO MEIO FIO E EM SEGUINDA CAIDO NO CHÃO. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRENCIA NUMERO S-415491, PARA A UPA DA CAXANGA, ONDE LÁ RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO.

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

Wellington Tadeu Barbosa de França
WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA
(VITIMA)

Severino
B.O. registrado por: **SEVERINO BARBOSA DA SILVA** - Matrícula: **3848612**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Wellington Tadeu Barbosa de França

CPF da Vítima

800.112.174-72

Data do Acidente

11.12.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 3011 3224

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Olinda 14 de março de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018

Wellington Tadeu Barbosa de França

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR,



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

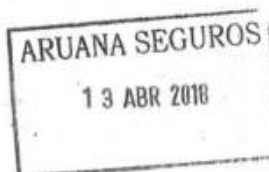
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 154.01.2018
EM: 09.02.2018

Atendendo ao requerimento do Sr. **FRANKRAGNER ASSIS DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6307564** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **052.040.834-99**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-415491**, que no dia 11 de dezembro de 2017, por volta das 20h23, o paciente Sr. **WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA**, portador do Documento de Identidade nº **3150297** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **800.112.174-72**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito com moto, na ROD BR-101, antes ao Viaduto do Hospital das Clínicas, imediações ao Motel Ápse, Caxangá, Recife/PE, sendo socorrido para UPA Caxangá e, posteriormente, redirecionado ao Hospital Getúlio Vargas. Recife, 09 de fevereiro de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



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: 07/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000086818-0

Nr. da Autenticação 4217C4567EAF8054





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.938.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
GILBERTO JOSE DE BARROS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CINQUENTA E OITO 68 LOTE 8

CPF: 013.790.544-00

JARDIM PAULISTANAVARRO
PAULISTA PE
53409-500

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO 0911527022 MÊSANO 11/2017
DATA DE VENCIMENTO 05/12/2017 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 28/12/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 266,20

Nº DA NOTA FISCAL 009448124
SÉRIE ÚNICA
EMISSÃO 28/11/2017
APRESENTAÇÃO 28/11/2017 Nº DO CLIENTE 200552354 Nº DA INSTALAÇÃO 2372852

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VWh)	306,0000000	0,89158348	271,81
Acrescimo Bandeira VERMELHA			21,37
Contribuição Iluminação Pública			25,92
ICMS Subvenção-COE-NF 003560737-28/09/17			1,82
Multa por atraso-NF 003549132-28/10/17			3,83
Juros por atraso-NF 003549132-28/10/17			0,80
Atualização ICMS-NF 003549132-28/10/17			0,17
PRO-CRANCA (0813413-8960 0800 031 9388)			0,88

TOTAL DA FATURA

266,20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (KWH)
5074077	UAT	28/11/2017	2748038	28/11/2017	2776238	31	1,00000		306,00

DETALHES DO CONSUMO			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
NOV-17	308		RE 71,36	21,07%	
OUT-17	342		RE 8,03	2,58%	
SET-17	333		RE 49,77	15,36%	
AGO-17	268		RE 14,84	4,51%	
JUL-17	276		RE 18,76	5,68%	
JUN-17	268		RE 71,13	20,53%	
MAY-17	280		RE 232,88	100%	
ABR-17	307				
MAR-17	301				
FEV-17	276				
JAN-17	308				
DEZ-16	291				
NOV-16	303				

Consumo Aplicado (KWH) 0,40000000

RECEBIMTO ELETRICO
DCTO 31A3 3580 8000 /CEA 7PCS 2C82 UBE0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Nenhuma das leituras é realizada em regime de telemetria. Mais informações em nosso site: www.celpe.com.br. O cliente é responsável por garantir a correta instalação e manutenção dos equipamentos de medição e de distribuição de energia elétrica em sua unidade consumidora. O cliente é responsável por garantir a correta instalação e manutenção dos equipamentos de medição e de distribuição de energia elétrica em sua unidade consumidora. O cliente é responsável por garantir a correta instalação e manutenção dos equipamentos de medição e de distribuição de energia elétrica em sua unidade consumidora.

NOTA: O cliente deve garantir a correta instalação e manutenção dos equipamentos de medição e de distribuição de energia elétrica em sua unidade consumidora. O cliente é responsável por garantir a correta instalação e manutenção dos equipamentos de medição e de distribuição de energia elétrica em sua unidade consumidora. O cliente é responsável por garantir a correta instalação e manutenção dos equipamentos de medição e de distribuição de energia elétrica em sua unidade consumidora.

VARIAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO PARÂMETRO	VALOR ATUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIET	0,00	4,99	8,91	19,92	220	200	251
PIE	0,00	2,24	8,97	12,98			
DMC	0,00	2,71	9,00	9,00			

ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
DIFERENÇA DE PREÇO - COMISSÃO DE REGULAÇÃO DE ENERGIA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902
CNPJ 10.835.632/0001-08 | Insc. Est. 005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 32 LJ-12
COBERTA

CPF: 772.869.954-72

JARDIM ATLÂNTICO OLINDA
OLINDA PE
53140-290

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Tínico

CONTA CONTRATO

7007214639

MÊS/ANO

11/2017

DATA DE VENCIMENTO

28/11/2017

DIA PRÓXIMA PROXIMA LETURA

21/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

680,73

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
002498987	UNICA	21/11/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/11/2017	360153977	2040880

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residencial	639,000000	0,69158348	580,22
Atendimento Bandeira VERMELHA			54,16
Contribuição Iluminação Pública			25,94
Imposto Substituição (Lei nº 003/2010S-2009/17			4,37
Multa por atraso (Lei nº 2/2010S-2009/17			8,79
Imposto de Renda (Lei nº 2/2010S-2009/17			4,98
Arrecadação T.P.M.F. (Lei nº 2/2010S-2009/17			2,37

TOTAL DA FATURA

680,73

TIPO DE	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
DEBÍTOR	PUNÇÃO	DATA	DATA	LEITURA	LEITURA	DIAS	
700721	CAI	20/11/2017	21/11/2017	86.471,00	87.116,22	12	639,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

VALOR (R\$)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição de Energia	R\$	%
580,22	639,22	22,80	147,22	Transmissão	19,35	2,82%
580,22	639,22	1,02	6,34	Distribuição (Cabo)	135,50	21,38%
580,22	639,22	4,54	29,00	Perdas de Energia	40,97	6,01%
580,22	639,22			Encargos Setoriais	31,07	4,58%
580,22	639,22			Tributos	193,73	28,54%
580,22	639,22			Total	639,22	100%

Consumo Residencial (kWh) 639,22

IRPSA F-508 C 001 3553 26CB CF 1F B 116 73CE

NOTA: A presente fatura é emitida em nome do titular da conta. O cliente é responsável por garantir a correta leitura e o pagamento em tempo hábil. O cliente é responsável por garantir a correta leitura e o pagamento em tempo hábil. O cliente é responsável por garantir a correta leitura e o pagamento em tempo hábil.

INFORMAÇÕES ESPECIAIS QUE VOCÊ DEVE CONHECER EM AGOSTO

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor	Descrição
580,22	Consumo Residencial	580,22	Consumo Residencial	580,22	Consumo Residencial

Se você não pagar a fatura em tempo hábil, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, sem aviso prévio. O cliente é responsável por garantir a correta leitura e o pagamento em tempo hábil. O cliente é responsável por garantir a correta leitura e o pagamento em tempo hábil.

ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018

3011 3224
3011 3224

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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pela regulamentação e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Renato Mangabeira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellington Tadeu Barbosa de França inscrito (a) no CPF sob o Nº 800.112.174 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Wellington Tadeu Barbosa de França, inscrito (a) no CPF sob o Nº 800.112.174 / 72, 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 Líder-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>R. Pedro Álvares Cabral</u>		Número <u>32</u>	Complemento <u>sala 12</u>
Bairro <u>Ed. Atlântico</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53140-290</u>
Email <u>NRASSESSORIA.pendencias@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3011 3224</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8874 8263</u>

Olinda, 13 de março de 2018,
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018

DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSEILDA ARRUDA DE ARAUJO,

RG nº 4.724.678, data de expedição 22/07/2003

Órgão _____, portador do CPF nº 920.731.404-59 com

domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado de

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

Rua: Fernando Francisco De Góes, nº 70,

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

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

vítima WELLINGTON TADEU BARBOSA, de FRANCA, cujo o condutor era

WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Veículo: 125 MOTOCICLETA

Modelo: HONDA INKR 150 BROS ESD

Ano: 2011/2011

Placa: DEW 8010 - PE

Chassi: QC2KD0540BR121383

Data do Acidente: 11.12.17

Local e Data: Surubim, 15.03.18



JOSEILDA ARRUDA DE ARAUJO

Assinatura do Declarante

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

2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE
Praça Delfino Camargo - Galeria José Roberto - 112 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3624-1413 - E-mail: carmona@tabelionato.com.br
Cruzeta Maria Silva de Lima - Tabelão Público

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: 1) JOSEILDA ARRUDA DE ARAUJO
Dou fe, Surubim, quinta-feira, 15 de março de 2018 - 08:10h
Em Testemunho ELIZABETE LIRA DE ARAUJO da verdade.
Elizabete Lira de Araujo Cadena - 2ª Substituta
Total: 4,724.678 - DO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0075214, MP03201801, 00839 - Rua Sete de Setembro
Centro - SURUBIM-PE



ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018



A Seguradora Lider

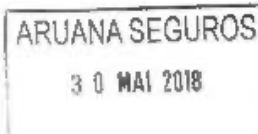
Venho demonstrar minha enorme insatisfação, pois já foi solicitado por parte da seguradora lider diversas vezes a mesma coisa, foi solicitada documentação médico hospitalar, porém já informei a seguradora lider por varias vezes que já enviei toda documentação existente, todas as fichas hospitalares de onde dei entrada no meu acidente, a ficha da Upa Caxanga, n° atendimento 145642 do primeiro atendimento dia 11/12/2017 já enviada e a ficha de atendimento do Hospital Getúlio Vargas, o hospital no qual fui transferido posteriormente. Estou debilitado diante lesão que tive, uma fratura de platô tibial, considerada grave e que ainda tive que passar por uma cirurgia. Portanto esclareço que não tem, não existe, não possui nenhuma outra documentação a ser apresentada. Portanto informo que toda documentação solicitada já foi fornecida e apresentada, não constando nenhuma outra a ser entregue.

Desde já, agradeço a compreensão e espero que seja atendido conforme tenho direito.

Recife - PE, 24 de maio de 2018.


WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA

Sinistro: 3180/168750



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRATICA EM URGÊNCIA
CAXANGÁ

MC-ARUANA

Data do Atendimento: 11/12/2017 Hora: 20:54:24
No. Atendimento: 1104487 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

PRONTUARIO: 146642
Colaborador: JORGEAAS

Nome: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA

Sexo: M

Data de Nascimento: 17/08/1989 Idade: 48 Anos 3 Meses e 24 Dias C.I.:

Pais ou responsáveis: IRACI TENORIO DE FRANCA

Endereço: DIVINOLANDIA, 140 - VARZEA - 50810350

Cidade: RECIFE

Tel.:

hora do Atendimento: / Hs

Peso:

Kg

Temperatura:

DPD / HDA: Paciente do sexo masculino, 48 anos, com queixa de dor no membro superior direito, no nível do ombro, desde a queda de uma caixa de madeira no trabalho. Não houve trauma direto no local da dor. A dor é constante e piora com o movimento da articulação.

EXAME FÍSICO: Inspeção: Sinal de Dugas positivo. Ausência de deformidade aparente. Palpação: Dor à palpação no nível do ombro. Testes de força: Força diminuída no membro superior direito.

DIAGNÓSTICO: Lesão da articulação glenohumeral direita. Suspeita de fratura de corpo da escápula.

ADRIANO GUEDES
FEC Imobilização
Ortopedia
Médico: 4410

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

- Realizar imobilização do membro superior direito com tala e gesso. Prescrever analgésico e anti-inflamatório.

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: Paciente evoluiu bem, sem dor, com o membro superior direito imobilizado. Foi encaminhado para o ambulatório para avaliação e tratamento definitivo.

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: HCV - 33.176.22

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura

ARUANA SEGUROS
30 MAI 2018



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/12/2017 20:44



Nome Paciente: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRENCIA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 17/08/1969
Sexo: Masculino
Idade: 48
Senha: OR0087
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/12/2017 20:49 - 11/12/2017 20:52

BARBARA RENATA OLIVEIRA FREITAS - COREN: 372143 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA**Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, RELATA DOR EM MID+ ESCORIAÇÕES

Observação: NEGA DM HAS
NEGA ALERGIA
SAMU 45498/ MACA Nº24

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - CAPNOGRAFIA: 99.00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: BARBARA RENATA OLIVEIRA FREITAS - COREN: 372143 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/12/2017 20:52

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

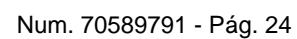
Página 1 de 1

ARUANA SEGUROS

30 MAI 2018



Card 8748-1938-18-100x1 04/25/00 Paleografia



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco			SUMÁRIO DE ALTA	
HOSPITAL Getúlio Vargas			02 (DUAS) VIAS	
NOME			CARTÃO SUS:	
WELLINGTON YADEL R. DE FRANÇA				
NOME DO PAI:			Nº DO REGISTRO:	
			1071588	
CLÍNICA	ENFERMAGEM	LEITO	Nº DO REGISTRO:	
501	103	07		
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	EPISÓ	ACIURA	SEXO
PACIENTE DA REMISSÃO (OU SE NÃO FOR, INICIAL, CONSTATANTE NO LAUDO MÉDICO):				
FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO				
COMORBIDADES:				
PROCEDIMENTO SEGURO AO(S) EXAMES REALIZADOS:				
INTERNAMENTO PARA CIRURGIA				
DATA DA INTERNAÇÃO		DATA DA ALTA		DIAS DE INTERNAÇÃO
11/12/2017		26/12/2017		
CID DO DOENÇA PRINCIPAL (NÚMERO FEN. 17A02)		CID		CAUSAS DE MORTE/REVISÃO/ATUALIZAÇÃO
QUADRO	NOME	NOME DO PROFISSIONAL		DATA
1	GIORGIO AG	DR DANILLO		
2	DR AURILIO CORREIA	DR BRUNO (MR2)		
3	DR ALBERTO CORREIA	DR DESCHAMPS (MR2)		
4	ANESTESISTA			
5	CURADOR			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
12/12: REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO INTERNA TRANSARTICULAR EM JOELHO DIREITO.				
22/12: DSS COM PLACA E PARAFUSOS (DR DANILLO)				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:				
CEFALOTINA + SINTOMÁTICOS + ANTICOAGULAÇÃO				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
O MESMO ACIMA				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA				
BEG, orientado, corado, eufórico. FO limpa, bordos bem coaptados sem tensão.				
CURADOR		ÓBITO		
CURADO: MEMORANDO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA		MIL <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/>		
OUTROS:				
ORIENTAÇÃO QUANTO A EVOLUÇÃO/INTERCÂMBIO				
Agendar retorno em 07 DIAS ao ambulatório do grupo do JOELHO.				
Uso de medicações + curativo diário + Orientações + Carga zero em MIP				
Retorno imediato se necessário.				
DATA 26/12/17				

ARUANA SEGUROS
30 MAI 2018



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 11/12/2017	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 11/12/2017
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCO	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de acidente de Motocicleta com fratura da TÍBIA DIREITA COMINUTIVA	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente SENDO SUBMETIDO À CIRURGIAS, FIXADOR EXTERNO + FIXAÇÃO EXTERNA (C/PLACA + PARAFUSOS) FISIOTERAPIAS (40 SESSÕES)	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL 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	Fratura COMINUTIVA GRAVE INTRAARTICULAR GRAVE, COM DOR + EDEMA +
2º	RIGIDEZ + GRAVE DÉFICIT FUNCIONAL
3º	SEQUELA FUNCIONAL - BOM
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTIR/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 5/10/2018 A 31/01/2018 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Relye	DATA 5/10/2018
ASSINATURA E CARIMBO	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

CAC-06

1001 DE REGISTRO

1001 DE REGISTRO

Wellington Tadeu Barbosa de França
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL **3.150.297** DATA DE ENTREGAÇÃO **06/07/2010**

NOME
<< WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA >>

FILIAÇÃO
<< RENER BARBOSA DE FRANÇA >>
<< IRACI TENORIO DE FRANÇA >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO **17/08/1969**

DOC. ORIGEM **<< CN.49569-LA-43-F.190-CART.14º**

ZONA RECIFE-PE 09/10/1986 >>

800.112.174-72

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

F-39 9.142 - 3123

ARUANA SEGUROS
13 ABR 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013028846020
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 275144412 R. TRC ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
JOSEILDA ARRUDA DE ARAUJO

SURUSIM-PE 0

CPF / CNPJ
920.721.404-59

PLACA
CEW8010

PLACA ANT. / UF
CEW8010 / 81

CHASSI
9C2KD0540BR121383

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCOOL / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 BRO3 E3D

ANO FAB. / ANO MOD.
2011 / 2011

CAP. POT. / CIL.
28 / 149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO

VENO / COTAS
1* *****

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS *****

2* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00

PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DOMINANTE DE FORTE OBRIGATORIO
NÃO É PARA TRANSFERENCIA

SURUSIM-PE LOCAL DATA 17/08/17

Charles Andrews Sousa Libeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013028846020 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSEILDA ARRUDA DE ARAUJO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SURUSIM-PE

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
17/08/17

VIA 1

CPF / CNPJ
920.721.404-59

PLACA
CEW8010

RENAVAM
275144412

MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 BRO3 E3D

ANO FAB.
2011

COT. DIB.
09

CHASSI
9C2KD0540BR121383

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$)

PRÊMIO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

OF (R\$)

TOTAL GERADO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.908/0001-04

www.seguraderalider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.



ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018

ASL: 0131893/18

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wellington Tadeu Barbosa de França
 DATA DO ACIDENTE 11.12.17 CPF DA VÍTIMA 800.112.174-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Renato Mangabeira dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Pedro Alencar Cabral
 Nº 32 COMPLEMENTO Sala 12 BAIRRO Id. Atividade
 CIDADE Ouro UF PE CEP 53140-290
 E-MAIL TRABESSORIA@pudencias.com TELEFONE (81) 3011 3224
outlook.com 88748263

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13.06.18
 IDENTIDADE 5953233 SDS DE
 ASSINATURA Paula Fagundes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13.06.18
 NOME ARUANA SEGUROS
 ASSINATURA 13.06.2018



À SEGURADORA LÍDER

VÍTIMA: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA

SINISTRO: 3180/168750

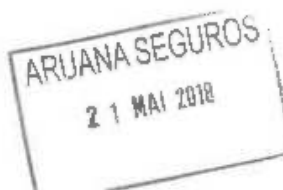
Venho por meio desta, informar que no dia 11.12.2017 sofri um acidente de trânsito, socorrido pelo samu, no qual tive fratura do platô tibial direito, onde tive que passar por cirurgia, com redução e fixação externa, com placa e parafusos, conforme documentação do HOSPITAL GETULIO VARGAS. Diante de todas as documentações apresentadas para seguradora para ser analisada. Tentei conseguir mais algo outro laudo, mas o que me foi informado por uma assistente social que estava no hospital e que todo documento que me foi entregue são os únicos que tem no hospital, sendo assim fica impossível conseguir outros documentos.

Então peço que meu processo seja reanalisado, pois estou com uma lesão GRAVE E INTENSA, me deixando com dificuldade de exercer minhas atividades habituais.

Estou decepcionado com essa análise que fizeram do meu processo, porque isso é um descaso com a minha situação. Sei que vou ser atendido, para que assim eu possa ser avaliado corretamente.

Olinda, 08.05.2018


WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Wellington Tadeu Barbosa de Franca.
RG/CNH/CTPS: 3.150.247 **CPF:** 800.112.174-72
End: R. 58, 68, Jd. Paulista / Navarra, Paulista

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 **CPF:** 055.382.254-37
End AVENIDA PEDRO ALVARES CABRAL, 32, LOJA 12, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE

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: Wellington Tadeu Barbosa de Franca

Paulista, 19 de Jan de 2018.



Wellington Tadeu Barbosa de Franca
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Nogueira Pereira Pinheiro, 75 - CEP 53401-480 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-8001

*NOTAS: Exceções, Res. Notariais, Procurações, Registro de Imóveis, etc.
*Registro Geral de Imóveis - RGI



Reconheço por autenticidade a firma WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA; Dou fé. Paulista/PE, 19/01/2018 14:28:47. Emol.: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 0,80; FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. Op. 210. ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital 0077552.00001201802.01227

AA152615

[Handwritten signature]

PROCURAÇÃO

ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0131893/18

Número do Sinistro: 3180168750

Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRAN

CPF: 800.112.174-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/12/2017

Titular do CPF: WELLINGTON TADEU
BARBOSA DE FRANCA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018

Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018

Nome: Josyelli de Oliveira Cabral

CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180168750 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA **Data do acidente:** 11/12/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO (SCHATZKER 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA MODERADA DA MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

