



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
70589 791	05/11/2020 16:53	<u>ANEXO 1</u>
Outros (Documento)		



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **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**

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. 01/001/01002 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **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**

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

Pag. 00863/00864 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 12752030

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



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **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**

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

Pag. 008557/008558 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 12841140

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



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





Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 00163/00164 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 13260269

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





Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 01907/01908 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 13483704

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





Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 003887/00388 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 13511646

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





Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 00165/00166 - carta_03 - INVALIDEZ

00050083

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.

Carta nº 13531027

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>
Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 8



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



00060057

Carta nº 13861067



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>
Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 9



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	Wellington Tadeu Barbosa de França	CPF titular da conta	800.112.174-72	Profissão	ATONOMO
Enderço	R. Cinquenta e oito	Número	68	Complemento	Casa Lt. 8
Bairro	Jd. Paulista/Navarro	Cidade	Paulista	Estado	PE
Email				CEP	53409 - 500
				Telefone (DDD)	(81) 3031 3224

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO 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. Assine 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)		BANCO Nome: _____ NRO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA Nº: _____ D/V: _____ CONTA Nº: _____ D/V: _____	
AGÊNCIA Nº: 0045	D/V: 0	CONTA Nº: 86818	D/V: 0
(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 Lider 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 maio de 2018 **ARUANA SEGUROS**
Local e Data

13 ABR 2018

Wellington Tadeu Barbosa de França

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>
Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 11



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 - Culposo (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 PÚBLICA**

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**

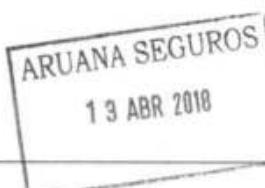
DESC (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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: **0EW8010** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

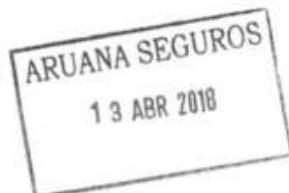


INFORMA O NOTICIANTE QUE DIRIGIA SUA MOTO NO LOCAL MENCIONADO, QUANDO EM DADO MOMENTO SE ASSUSTOU COM A BUZINHA FORTE DE CAMINHÃO QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO, TENDO LOGO EM SEGUIDA PUXADO A MOTO PARA O ACOSTAMENTO DA VIA, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E BATEU NO MEIO FIO E EM SEGUINDA CAIDO 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)

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 interditada 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 Lider 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.



SAMU
192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

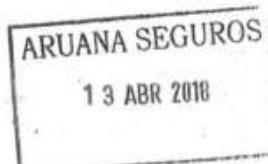
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA N°. 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

Sérgio 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>
Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 16



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 111, Bairro: Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 12.803.903/0001-08 | Inscrição Estadual: 2005943-93 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
GILBERTO JOSE DE BARROSENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FUA CINQUENTA E OITO 68 LOTE 8

CPF: 013.790.544-00

JARDIM PAULISTA/NAVARRO
PAULISTA PE
53409-500CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MonofásicoCONTA CONTRATO
0911527022 MÊS/ANO
11/2017
DATA DE VENCIMENTO
05/12/2017 DATA PREVISTA PRIMEIRA LEITURA
28/12/2017Nº DA NOTA FISCAL
003448124
APRESENTAÇÃO
28/11/2017SÉRIE
UNICAEMISSÃO
28/11/2017Nº DO CLIENTE
200562354Nº DA INSTALAÇÃO:
2372952

266,20

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	306.0000000	0,80165348	211,81
Acréscimo Bancaria VERMELHA			21,37
Contribuição Iluminação Pública			25,92
ICMS Subvenção-CDE-NF 00360737-28/09/17			1,82
Multa por atraso-NF 003549132-28/10/17			3,83
Juros por atraso-NF 003549132-28/10/17			0,80
Atualização IPM-NF 003549132-28/10/17			0,17
PRO-CRANCA (081)3412-8980 0800 031 8980			0,08

TOTAL DA FATURA

266,20

Nº DO MEDIDOR SERIADO	TIPO DA FUNÇÃO LAI	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL			CONSTANTE (L00000)	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA ANTERIOR 28/10/2017	LEITURA 27-400,00	DATA ATUAL 28/11/2017	LEITURA 27-710,00		

PERÍODO DE REFERÊNCIA	INFORMAÇÕES DISTRIBUTÓRIAS
NOV/17	306
OUT/17	342
SET/17	293
AGO/17	265
AA/17	276
ABR/17	268
MAI/17	262
ABR/17	327
MAR/17	321
FEV/17	276
JAN/17	328
DEZ/16	261
NOV/16	303

OC10 31A3 350 1000 7CEA7FC3 2C82 UBED

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Geração de Energia	R\$ 73,36	27,07%
Transmissão	R\$ 0,02	0,00%
Distribuição (Césp)	R\$ 49,77	18,36%
Perdas de Energia	R\$ 14,94	5,41%
Encargos Sistêmicos	R\$ 16,76	6,03%
Tributos	R\$ 71,13	30,53%
Total	R\$ 222,88	100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Detalhes da fatura e cobrança em vigor à Venepe. Mais informações sobre a cobrança de energia elétrica e outras informações sobre o atendimento ao cliente estão disponíveis no site da Venepe ou no número 0800 770 5000. Fique sempre informado. Tudo pode mudar com base nas condições de fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável pelas informações que descrevem o consumo de energia elétrica. Consulte a sua fatura para confirmar a consumo de serviços de fornecimento de energia elétrica.Mais informações sobre a 2016 e
2017 na fatura. Esta fatura
mostra a composição do
consumo de energia elétrica
do seu endereço. As informações
sobre consumo mensal (Ano
2016 e 2017) e trimestral
não aparecem na fatura.
As informações sobre os
encargos e impostos de
fornecimento de energia
elétrica não aparecem
na fatura, nem na fatura anterior
que aparece após a sua
cobrança sobre o fim do processo
anterior.

INFORMAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
CONJUNTO PARAFETE	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DRC	0,00	4,96	8,91	16,82
FRC	0,00	2,28	6,67	12,96
DMC	0,00	2,77	8,90	16,80

TENSÃO NOMINAL (V)	NÍVEL DE TENSÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018





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 pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Renato Mangabeira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.251-37, 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 INVÁLIDEZ - 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 à 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	Número	Complemento
R. Pedro Alvaro Cabral	32	sala 42
Bairro	Estado	CEP
Jd. Atlântico	PE	53140-290
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
MRASSSESSORIA@outlook.com	(81) 3013 3224	(81) 8874 8263

Olinda, 13 de março de 2018,
Local e Data

Renato Mangabeira
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>
Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 19

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joséilda Arruda de Araújo,

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 Araújo, nº 70,

complemento AP, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Wellington Tadeu Barbosa, cujo o condutor era Wellington Tadeu Barbosa de França.

Veículo: Das / Motocicleta

Modelo: HONDA INTR 150 BROS ESD

Ano: 2011/2011

Placa: DEW 8010 - PE

Chassi: QC2KDD0540BR121383

Data do Acidente: 11.12.17

Local e Data: Surubim, 15.03.18



Joséilda Arruda de Araújo
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 Dom Joaquim - Galeria José Ribeiro - 112 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3624-1413 - E-mail: cavalcante.surubim.mr@jmail.com
Cruzado Maria Ribeira de Lima - Notaria Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) da(s) JOSEILDA ARRUDA DE
ARAÚJO
Dou-fa. Surubim, quinta-feira, 15 de março de 2018 - 08:10h
Em Testamento. Elizete Lira de Andrade Cadena 2º Substituta.
Total: 4.794,40 REAIS SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE!
Selos: 0078214.DNP03201801, 00839-Rua Sete de Setembro, n° 10 -
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 solicitado documentação médica 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, nº 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
WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA

Sinistro: 3180/168750

ARUANA SEGUROS

30 MAI 2018





UPA 24h
UNIDADE DE PRÉ-ATO AUTÔNOMO
CAKANGÁ



Data do Atendimento:	11/12/2017	Hora:	20:54:24	PRONTUARIO:	146642	
Nº. Atendimento:	1104467	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			Colaborador:	JORGEAAS
Setor / Serviço:	CONSULTORIO MEDICO					
Nome: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA				Sexo:		M
Data de Nascimento: 17/08/1969		Idade: 48 Anos, 3 Meses e 24 Dias		C.I.:		
País ou responsável: IRACI TENORIO DE FRANCA						
Endereço: DIVINOLANDIA, 140 - VARZEA - 56810350						
Cidade: RECIFE		Tel.:				
Ponto do Atendimento: _____ / _____ Hs		Peso: _____ Kg		Temperatura: _____		

2PD / HDA: Patients do not have any new risks or positive
biobehavioral. Not so while. Also TCT as known
as factor against the cancer.

DIAGNÓSTICO: Síndrome de Plantar Fisiognomia
Schatzker III.

CONSULTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

- we have 1 person w/ PC → Person + PC
diff → Total Digits

Evolução na Emergência: 1945-1964

[Tratamento do Paciente](#) | [Adita para casa!](#) | [Encaminhamento ao Ambulatório](#) | [Internamento](#)

[Transferência para outra Unidade] (Óbito) (Outro) Hospital

*Condição de Saúde do Paciente: Melhorado Inalterado Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



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 FRENCA
	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





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXIAS



Cod 8748-36879005 100x1 04/2010 Telegerencia



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>
Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 24

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA																									
NOME: WELLINGTON TADEU E. DE FRANÇA UNIDADE: SOR SAIR DE HOSPITALIZADO			02 {DUAS} VVIS CARTÃO SUS: NR DO REGISTRO: 1071588 ADUBA: <input type="checkbox"/> Sexo:																									
FATO DO HOSPITALIZADO: INJUSO DE MICO-FACIAL (CONSTANTE NO LAUDO MEDICO) FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO COVID-19: <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS SOBRE OS QUADROS REALIZADOS: INTERNAÇÃO PAUSA CIRURGIA DATA DA INTERNACAO: 11/12/2017 DATA DA SAÍDA: 26/12/2017 DIAS DE INTERNAÇÃO: CODIGO DO PROFISSIONAL: CID: CANCELAMENTO/REVISÃO/AVALIAÇÃO: <table border="1"> <tr> <th>COD</th> <th>ESPECIALIDADE</th> <th>NOME DO PROFISSIONAL</th> <th>SPATRÍCULA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>CIRURGIA</td> <td>DR DANILDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>TRAUMATO-CIRURGICO</td> <td>DR BRUNO (MR2)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ORTOPEDICO-CIRURGICO</td> <td>DR DESCHAMPS (MR2)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ANESTESESTICO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>ENFERMAGEM</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> RESUMO DO CASO (ACHADOS CLINICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNOSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS) 12/12: REDUÇÃO INCERENTA + FIXAÇÃO INTERNA TRANSARTICULAR DA JOELHO DIREITO. 22/12: DSS COM PLACA E PARAFUSOS (DR DANILDO) MEDICACOES: URG, ACES E DI ALGA CEFALOTINA + SINTOMATICOS + ANTICOAGULACAO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: O MESMO ACIMA COMPLICACOES CLINICAS NA SAIDA: BEG, orientação, corredor, eupneico. FO limpa, bordos bem coaptados sem tensão. AGRIVIO DA SAIDA: <input type="checkbox"/> OUTROS: DURADOU: <input checked="" type="checkbox"/> MEMBRADO: <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERENCIA: <input type="checkbox"/> OUTROS: ORIENTACAO QUANTO AO AVENIMENTO: Agendar retorno em 07 DIAS ao ambulatório do grupo do JOELHO. Uso de medicamentos - narrativo diário + Orientações + Carga zero em MID Retorno imediato se necessário. DATA: 26/12/17					COD	ESPECIALIDADE	NOME DO PROFISSIONAL	SPATRÍCULA	1	CIRURGIA	DR DANILDO		2	TRAUMATO-CIRURGICO	DR BRUNO (MR2)		3	ORTOPEDICO-CIRURGICO	DR DESCHAMPS (MR2)		4	ANESTESESTICO			5	ENFERMAGEM		
COD	ESPECIALIDADE	NOME DO PROFISSIONAL	SPATRÍCULA																									
1	CIRURGIA	DR DANILDO																										
2	TRAUMATO-CIRURGICO	DR BRUNO (MR2)																										
3	ORTOPEDICO-CIRURGICO	DR DESCHAMPS (MR2)																										
4	ANESTESESTICO																											
5	ENFERMAGEM																											
		ARUANA SEGUROS 30 MAI 2018																										



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

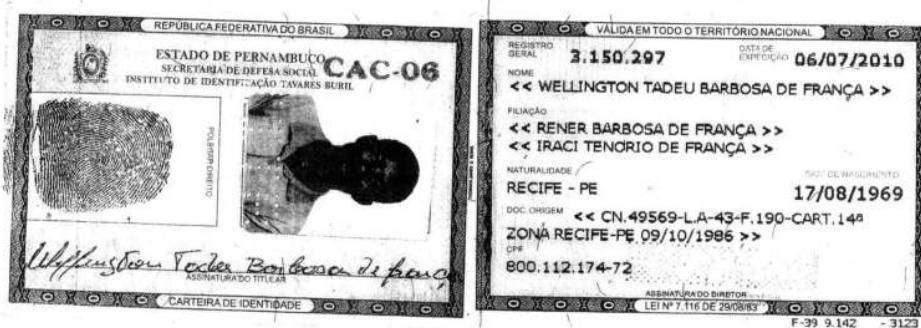
DATA DO ACIDENTE:	11/12/2017	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	11/12/2017
NOME COMPLETO DA VITIMA:	WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Paciente VÍTIMA de acidente de MOTOCICLETA e consequente fratura da TÍbia DIREITA Cominutiva		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Paciente SENDO SUBMETIDO À 2 GRAVES AS, EXAMOR EXTERNO + FIXAÇÃO EXTERNA (C/PLACAS) PARA FUSOS. FISIOTERAPIAS (40 SESSÕES)		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 Fratura Cominutiva GRAVE INTRAARTICULAR
2º CULAR GRAVE, COM OR + EDEMA +
3º RIGIDEZ + GRAVE DÉFICIT FUNCIONAL
4º CSE AVELA FUNCIONAL - 80%
5º

AFIRMO QUE ASSISTEI/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 31/10/2018 A 09/11/2018 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Local	Data
Ribeirão Preto	5/12/2018
Assinatura e Carimbo	





ARUANA SEGUROS
13 ABR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>
Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 27

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM ANTR.C. EXERCÍCIO
1 375144412 2017

NOME
JOSEIUDA ARRUDA DE ARAUJO

SURUBIM-PE 0

CPF / CNPJ 920.731.404-59 PLACA OEW8010

PLACA ANT / UF 9C2KD0540BR121383 CLASSE

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 Bros ESD ANO PAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL 29/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P	IPVA 2017 QUITADO	*****	*****
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	*****
A			3*

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

Officio
Luziles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013028846020 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSEIUDA 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

SURUBIM-PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 17/08/17

VIA 1 CPF / CNPJ 920.731.404-59 PLACA OEW8010

RENAVAM 375144412 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 Bros ESD

ANO PAB. 2011 EDUCAÇÃO 09 9C2KD0540BR121383 CLASSE

CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

CUSTO DO BILHETE (RS) IOF (R\$) TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGURADO PAGO

PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELA DO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.008/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTE DOCUMENTO GUARDE O BILHETE DPVAT
QUE NÃO É DE POSTO CERTIFICATÓRIO.



ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>

Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 28



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wellington Tadeu Barbosa de Faria
 DATA DO ACIDENTE 11.12.17 CPF DA VÍTIMA 800.112.174-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Renato Nanquim dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTECOS COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Pedro Alves Cabral
 Nº 32 COMPLEMENTO sala 12 BAIRRO jd atlântico
 CIDADE Ourinhos UF PR CEP 53310-290
 E-MAIL MRASSASSORIA.purplecris@outlook.com TELEFONE (81) 3011 3224
 8874 8263

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - 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\$ 15.500,00
 - 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 4.194/74.
 - 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, ACESE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13.06.18

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

FARIANA SEGUROS

ID 5953233 SDS AF NOME ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ASSINATURA



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 reanalizado, 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.
WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

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

Paulista , 19 de JANUARIO de 2018.



Wellington Tadeu Barbosa de França
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Noronha Flávio Peixoto, 75 - CEP 50401-480 - Petrópolis / RJ - Fone: (21) 3610-8021

NOTAS: Executivo, Ata Notarial, Contrato de Comodato, Fazenda, Relações Públicas, Letras, Advertências, etc.
Assento Geral da Imprensa - RJCE

Reconheço por autenticidade a firma WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANÇA; Dou fé. Paulista/RJ, 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](http://tjpe.jus.br/selodigital/0077552.00001201802.01227)



AA152615

ARUANA SEGUROS

13 ABR 2018

PROCURAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/11/2020 16:53:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110516531319800000069214041>
Número do documento: 20110516531319800000069214041

Num. 70589791 - Pág. 31

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Josyelli de Oliveira Cabral



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180168750 **Cidade:** Recife
Vítima: WELLINGTON TADEU BARBOSA DE FRANCA **Data do acidente:** 11/12/2017
Natureza: Invalidez Permanente
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:

