



Número: **0066206-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72262949	09/12/2020 14:51	Perícia médica Parte 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Nº Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088165**.

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 12432259

Pag. 01663/01664 - carta_01 - INVALIDEZ

00010832



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Nº Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180088165**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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. 00275/00276 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12435389



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180088165** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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. 00321/00322 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12653448



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Nº Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180088165**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **19/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00087/00088 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12683236



Autorização de pagamento



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

007.265.564-65

Nome completo da vítima

VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

Cidade

CPF titular da conta

Número

Estado

Profissão

Complemento

CEP

Telefone (DDD)

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

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0044

DV

013

CONTA

Nº

00041171

DV

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(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.

ABREU LIMA, 06 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

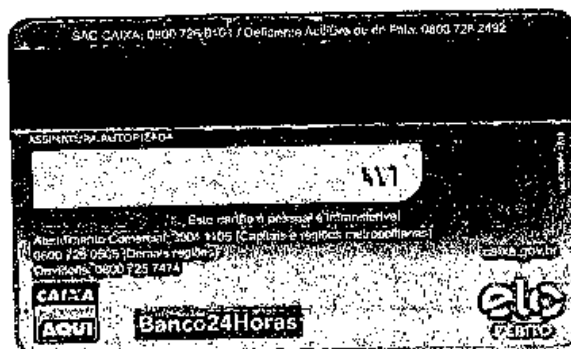
VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



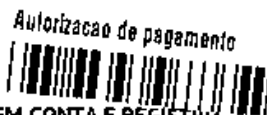


52369000 LINEAR UNIT. Pte. 16-11-2019 16:29 443083.171





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

3180088165

CPF da Vítima

097.265.564-65

Nome completo da vítima

VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO		097.265.564-65	AUTÔNOMO
Endereço		Número	Complemento
RUA ALEBRDO VIEIRA DE MELO		83-A	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CRUZ DE RUPOÇAS	IGARASSU	PE	53.625-030
Email		Telefone (DDD)	

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

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		BANCO	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA		NRO	
NRO.	D/V	NRO.	D/V
0944	013	00041171	4
(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.

ABREU LIMA, D.F. de MARÇO de 2018

Local e Data

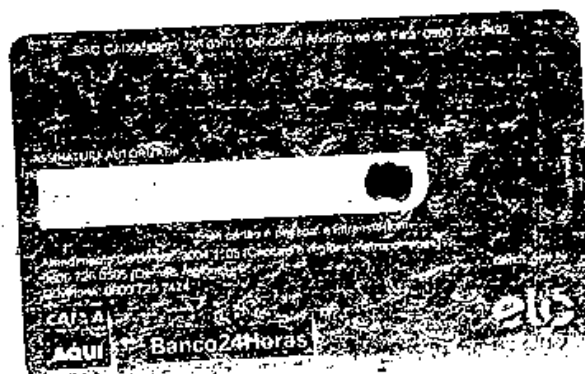
VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

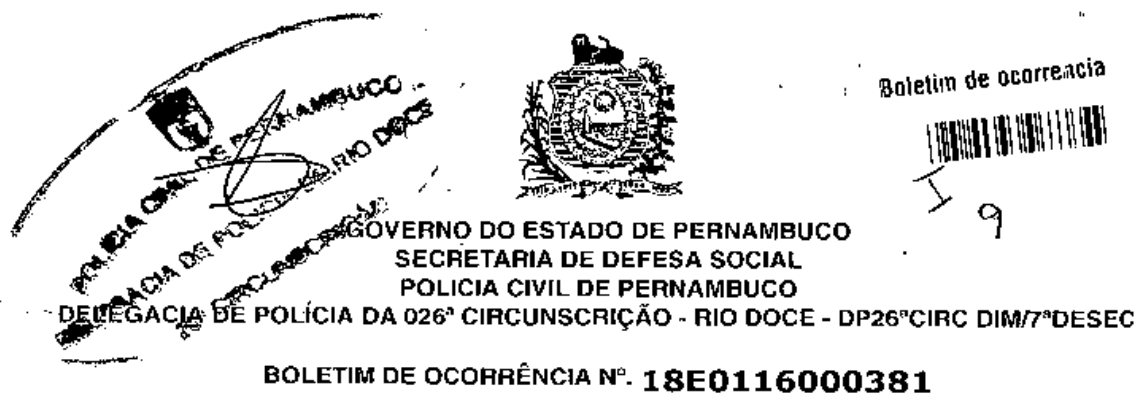
FAPPE.001 V001/2017





5539012 1/1 28-FEB-2018 07:50 LUEZ UFVAT PA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0116000381**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2018** às **14:01**

Complementa o BÔ Número: **18E0116000329**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/11/2017** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA TABAJARA, 1, VIA PÚBLICA** - Bairro: **CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO À JUSTIÇA DO TRABALHO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE (AUTOR/AGENTE)
✓ VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

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

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DILZA MARIA ANTÔNIO DE FRANÇA** Pai: **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA** Data de Nascimento: **16/12/1991** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8347964/SDS/PE (RG), 09728556485 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Fixos: **- 35457016**
Telefones Celulares: **- 983634155**

Endereço Residencial: **RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, 33, CASA "A" - CEP: 0 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO À ASSEMBLEIA DE DEUS DO SÍTIO LIRA**

SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JORNALISTA GOMES MARANHÃO, 17 - CEP: 55000-000 - Bairro: BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**
/ Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO II (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX0671** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9PGKL48UDH136666**
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

PELO PRESENTE, RELATOU A VÍTIMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA SUPRACITADA, EM UMA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, TITÃ 150, COR PRETA, PLACA KKD1345, QUANDO UM AUTO PASSEIO ATRAVESSOU BRUSCAMENTE EM SUA FRENTE E QUE PERDEU CONTROLE VINDO A COLOIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E QUE DA BATIDA CAIU O PARA CHOQUES DO REFERIDO, JUNTAMENTE COM A PLACA PDX 0671, QUE TRATASE DE UM ONIX DE COR BRANCA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL EM ALTA VELOCIDADE, SENDO A VÍTIMA SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE FOI CONSTATADO FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DIREITA, DILACERAÇÃO NA PERNA DIREITA E VÁRIAS ESCORIAÇÕES, CONFORME FICHA DE ESCLARECIMENTO MÉDICO DAQUELA UNIDADE DE SAÚDE. POSTERIORMENTE IDENTIFICADA A ACUSADA SHIRLEIDE E JA QUALIFICADA, DIANTE DO FATO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

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

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO
(VITIMA)

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO
Cartório Alfredo Mariano

B.O. registrado por: **MARCO POLO VITAL DO REGO MATOS** - Matrícula: **118668-0**

[Assinatura]

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
RUA ALFREDO MARIANO DE BRITO, 255 - JARDIM SÃO CARLOS, 13.050-000 - ABREU E LIMA/PE
CNPJ: 06.520.200 - Fone: (81) 3547-1381/3541-0572 - email: alfredomariano@brasil.com.br
Reconheço por **SELMANCA** a firma de **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**, Abreu e Lima/PE, 02/02/2018 13:16:08, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 - ITSNR: R\$ 0,80 Total: 4,79.
RD-10-53920 **Alfredo Mariano**
André Francisca da Costa Guerra Durado - Substituto **ESTO**
Selo digital: 0150607.DUP01201803.01162
confirme autenticidade em www.tjpe-jus.br/notasdigitais



02/02/2018 13:51





Declaração de Inexistência de

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA	007.265.564-65	10-11-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 51º 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.

ABREU LIMA, DB de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 14:51:52
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914515205500000070843396>
Número do documento: 20120914515205500000070843396

Num. 72262949 - Pág. 11

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 097.265.564-65 Nome completo da vítima: VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

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

Nome completo: VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO CPF: 097.265.564-65

Profissão: AUTÔNOMO Endereço: R- ALFREDO VIEIRA DE MELLO Número: 33-A Complemento: CASA

Bairro: CRUZ DE REBOÇA Cidade: IGARASSU Estado: PE CEP: 53625-030

E-mail: _____ Tel. (DDD): 081-988965394

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0994 CONTA: 00041171 (4)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
INVALIDEZ PERMANENTE
CONFIRMAÇÃO NÃO VERIFICADA
02 MAI 2019
Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 30-04-2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinatura do Procurador (se houver)





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Comprovação de ato declarat



Certidão nº 2017APH002054 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, 25 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 0347964 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 097.265.564-65, residente à RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, nº 33, A, CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: PE 15, S/N, CIDADE TABAJARA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo , no(a) qual fora vítima(a) o(a) Sr^(a) VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, inscrito sob o CPF nº 097.265.564-65 e Registro Geral nº 0347964, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ALUIZIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº . Ficou aos cuidados do médico MATHEUS, registro 25497. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 04/01/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002054

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

SEMPRE EM LÍNEA SEMPRE 16-11-2018 16:21 443056 1/1





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH002054 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, 25 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 0347964 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 097.265.564-65, residente à RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, nº 33, A, CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: PE 15, S/N, CIDADE TABAJARA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, inscrito sob o CPF nº 097.265.564-65 e Registro Geral nº 0347964, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ALUIZIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº . Ficou aos cuidados do médico MATHEUS, registro 25497. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 04/01/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002054



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO 33 - A

CRUZ DO REBOUCAS/CRUZ DE REBOUCAS
IGARASSU/PE
53625-030

CONTA CONTATO
2320861015
MÊS/MANO
03/2019
DATA DE VENCIMENTO
01/04/2019
DATA PARA VOTAÇÃO ÚTIL
24/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
78,49

Nº DA NOTA FISCAL	GÊNERO	EMIÇÃO
055780658	UNICA	25/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
25/03/2018	200008458	1258185

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Anál(1/1/1)	92,00000000	0,7550324	69,23
Contrib. Ium. Pública Municipal			7,13
ICMS Subvenção-CDIE-Nº 048061073- 240/1/19			0,48
Multa por atraso-Nº 048061073- 240/1/19			1,15
Juros por atraso-Nº 048061073- 24031/19			0,48

TOTAL DA FATURA

Nº DO REEDTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Nº)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1413412	CAT	21/03/2019	22 681,8	28/03/2019	23 853,8	30	1,0000		62,00

COMPOSIÇÃO DO CUSTEIO	
MAI 18	30,01
FEV 18	4,59
JAN 18	21,40
DEZ 18	8,78
NOV 18	5,53
OUT 18	20,55
SET 18	18,81
AGO 18	0,31
JUL 18	0,31
JUN 18	0,31
MAR 18	0,31
ABR 18	0,31
MAR 19	0,31

COMPOSIÇÃO DO CUSTEIO			
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
EDMS	69,2	23,0	17,30
PIS	69,2	1,0	0,69
COPIME	69,2	4,8	3,23
Geração de Energia			
	R\$	21,40	30,01
Transmissão			
	R\$	3,19	4,59
Distribuição (Cabeço)			
	R\$	14,06	21,40
Perdas de Energia			
	R\$	4,88	8,78
Energia Setorial			
	R\$	3,63	5,53
Tributos			
	R\$	20,52	30,55
Total			
	R\$	69,23	18,81

COMPOSIÇÃO DO CUSTEIO	
MAI 18	30,01
FEV 18	4,59
JAN 18	21,40
DEZ 18	8,78
NOV 18	5,53
OUT 18	20,55
SET 18	18,81
AGO 18	0,31
JUL 18	0,31
JUN 18	0,31
MAR 18	0,31
ABR 18	0,31
MAR 19	0,31

0B3A DEE7 7C8C 80DA EA51 891F E8C3 BF2E

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

IMATÉ 15 DIAE, DEBITOS EXISTENTES CAUSARÃO FORTE					
Vencido	Debitos	Vencido	Vencido	Debitos	Vencido
200319	250719	87.23			

[illegible]

PRODUTOS	VALOR APLICADO (milhões)	LACETE MINERAL	LACETE TRIPLO	LACETE ANUAL	TEMPO NOMINAL (h)	TEMPO DE VACUAÇÃO (h)	
						202	231
PRODUTOS	0,01	5,11	13,20	25,77	220	202	231
PRODUTOS	0,01	3,70	0,01	13,20			
PRODUTOS	0,01	2,31	0,01	0,01			

CONTA CONTRATO NOME ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

2320001015	03/2018	01/04/2019	78,49
------------	---------	------------	-------

83870000000-1 78490011002-9 32086101510-3 13922666553-6



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO!
02 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-000



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca 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 COAF¹.

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, 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 DILSA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 290.878.804 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

WALDIRSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.265.564 / 65

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WALDIRSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.265.564 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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:

R-ALFREDO VIEIRA DE MELO		Número:	33-A	Complemento:	CASA
Bairro:	CRUZ DEBUÇA	Cidade:	IGARASSU	Estado:	PE
E-mail:		CEP:	53625-030	Tel.(DDD):	081-983634455

Local e Data: Recife, 30 de Abril, 2019

x Dilisa Mª Antonia de Franca
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, DILSA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

RG nº 2.369.882, data de expedição 07/11/2018

Órgão S.D.S., portador do CPF nº 290.878.804-72

com domicílio na cidade de Igarassu, no Estado de

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

Alfredo Vianna de Melo, nº 33A

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

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

MARILSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO, cujo o condutor era

MARILSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

Veículo: Moto Modelo: 2009 Ano: 2009

Placa: AKD-4345 Chassi: 9C2KC16409R025844

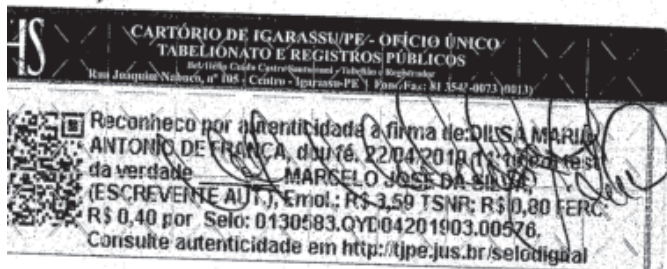
Data do Acidente: 19/11/17

Local e Data: IGARASSU, 22/04/2019.

Dilsa Maria Antonio de França
Assinatura do Declarante



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





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

1. Ocorrência da Emergência: 510679

1.1 - Atendimentos em: 19/11/17

1.2 – Às 14 horas e 30 minutos.

1.3 – Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1069725

2.1 – Internado em: 19/11/17

2.2 - Alta em: 20/11/17

3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 19/11/17; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA. 2) ANTIBIOTICOTERAPIA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA: 25.1.2018

HORA: 15:49:28

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 10.000 ROE 2167
CRM Jéssica Guido.

SEÇÃO DE LIGER PRAAT PIA 16-11-2016 15:31 443068 1/1





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
NDN	
Diagnóstico Inicial: trauma com m.m. Direito	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: ① Faco 1º atendimento pela Cirurgia Geral ② Solicito Rx de m.m. Direito	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
	Ass. Médico + Carimbo
	Ass. Enfermeira + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	
Evolução de Enfermagem: ③ Aguarda resolução da fratura molécula	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade para Internamento	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS Impressão: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS	

Cir. 1634/19117

P. de m.m. com fratura

Por Dr. José S. de Almeida Junior / para 1º atendimento

Atendeu com a fratura de m.m. direita, fratura

de m.m. direita - fratura de m.m. direita

com fratura de m.m. direita - fratura de m.m. direita

Médico

Flávio R. Par
Cirurgião Geral
CRM - PA 23461





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

261710267688-1

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

708600593488185

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

DATA DE NASCIMENTO:

16/12/1991

SEXO

MASCULINO

Nº DO REGISTRO

1069725

NOME DA MÃE:

DILZA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

ENDEREÇO:

Nº

BLOCO

APTO

BAIRRO

MUNICÍPIO:

UF:

PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente com história de colisão moto x auto sofrendo trauma em MID.

EXAME FÍSICO: BEG, orientado, corado, hidratado, eupneico.

Ferimento extenso em face antero-medial de perna direita com exposição óssea + ferimento em face anterior de Joelho direito. Neurovascular preservado distalmente.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Anamnese + exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + LMC + SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

TRAUMATO-ORTOPEDIA

DATA:

19/11/2017

CÓDIGO:

0415030013

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA:

Sérgio Campos
Médico Médico - HCV
CRM 1584

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

SERVIÇO DE LAUDO ORTOM - 16-11-2018 15:22:44 S.M. 15/11/2017
SERVIÇO DE LAUDO ORTOM

20 de novembro
montevideo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 28	Nº DO REGISTRO: 1069725	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: LMC + sutura				
DATA DA INTERNAÇÃO: 19/11/2017		DATA DA ALTA: 20/11/2017		DIAS DE INTERNAÇÃO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO 0415030012		CID 0413040178	CARIMBO/REVISOR/ATURAMENTO 0413040178	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	DR Tércio Farias		55106008
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	DR Bruno Monteiro		1108
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dra Ana Áurea		1108
4	ANESTESISTA			1108
5	CLÍNICO			1108
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente deu entrada em nosso hospital no dia 19/11/17 às 14:30h com história de trauma com ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão. Foi submetido a procedimento cirúrgico no dia 19/11/17 (LMC + sutura). No pós operatório evoluiu bem com melhora de ferida operatória.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + dipirona				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS:		ÓBITO IML ☐ SVD ☐ BO: ☐		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de traumatologia				
DATA: 20/11/2017				

Dra. Karina Nóbrega
Médico Responsável





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

Registro: 1069725

Data da operação: 19/11/2017

Operador: DR. TÉRCIO FARIAS

1º auxiliar: DR. BRUNO MONTEIRO MR2

2º auxiliar: DRA. ANA ÁUREA MR1

Diagnóstico pré-operatório: EXTENSO FERIMENTO EM PERNA DIREITA

Diagnóstico pós-operatório: **FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA**

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observada extensa lesão de partes moles em MID com exposição de estruturas profundas + fratura exposta por abrasão em face anterior de tíbia direita + ferimento em joelho direito;
- 5) Desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 6) Limpeza abundante com SF 0,9%;
- 7) Sutura de ferimentos com pontos simples em Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril;
- 9) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Ana A.

CSM

CSM

SEMPRE LÍBEO EM ANO 14-15-2018 15:12 445875 14

SEMPRE LÍBEO





Número: **0066206-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72262955	09/12/2020 14:51	Perícia médica Parte 2	Outros (Documento)



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: VALDIS

Data Nasc.: 16

CPF:

Endereço: RUA

Bairro: CRUZ D

CEP: 53650535

Nome da Mãe:

Acompanhante:

Nome do Conju

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO, COM COLISAO MOTO /CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 19/11/2017 HORA: 14:30 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

perda de consciência por trauma de acidente com moto, com epicondilo, sem
relato de ferimento profundo em mmii. Injuncto pelo bomheio com
Paipe rubro em retroinfectio

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: Transporte Realizado por:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Por que:
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: m
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐
Observações: Nega alterações em ter comissio elcual hoi
cluzes

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

Bom e igual, comente, comente, comente

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmm Pulso: bpm

RCN em 21, BCR 1/2

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular
Score: Hora:

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Glasgow: Resposta Verbal
Score: Hora:

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Resposta Motora
Score: Hora:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 - LAR D
Belo Horizonte - MG
CEP: 32011-040





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

1. Ocorrência da Emergência: 510679

1.1 - Atendimentos em: 19/11/17

1.2 - Às 14 horas e 30 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1069725

2.1 - Internado em: 19/11/17

2.2 - Alta em: 20/11/17

3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 19/11/17: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA. 2) ANTIBIOTICOTERAPIA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA: 25.1.2018

HORA: 15:49:28

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167
Jéssica Guido.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

261710267688-1

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

708600593488185

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

DATA DE NASCIMENTO:

16/12/1991

SEXO

MASCULINO

Nº DO REGISTRO

1069725

NOME DA MÃE:

DILZA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

ENDEREÇO:

Nº

BLOCO

APTO

BAIRRO

MUNICÍPIO:

UF:

PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente com história de colisão moto x auto sofrendo trauma em MID.

EXAME FÍSICO:

BEG, orientado, corado, hidratado, eupneico.

Ferimento extenso em face antero-medial de perna direita com exposição óssea + ferimento em face anterior de Joelho direito. Neurovascular preservado distalmente.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Anamnese + exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + LMC + SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

TRAUMATO-ORTOPEDIA

CÓDIGO:

0415030013

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA:

19/11/2017

DATA:

Sérgio Campos
Audiência Médica - HGV
CRM 7584

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 10º andar
Graciosa - Recife - PE - CEP: 50311-0400
DATA DO ENCAMINHAMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO



se vc
montar

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 28	Nº DO REGISTRO: 1069725	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: LMC + sutura				
DATA DA INTERNAÇÃO: 19/11/2017		DATA DA ALTA: 20/11/2017		DIAS DE INTERNAÇÃO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO 0415030013		CID J76.2	CARIMBO/REVISÃO/ATENDIMENTO 0413040178 0420	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	DR Tércio Farias		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR Bruno Monteiro		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO	Dra Ana Áurea		
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente deu entrada em nosso hospital no dia 19/11/17 às 14:30h com história de trauma com ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão. No pós operatório evoluiu bem com melhora de ferida operatória.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + dipirona				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA				
BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA		ÓBITO		
CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐		IML ☐ SVO ☐ BO ☐		
OUTROS:				
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO				
Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de traumatologia				
DATA: 20/11/2017				

Sérgio Campos
Atendente Médico - SUS
CRM 1444

DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGIA
CONTENDO: ☒ HISTÓRIA CLÍNICA
02 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 - Lapa 5
Gracás - Recife/PE - CEP 52011-040

Dra. Karina Nobre
Ortopedista - Traumatologia
CRM 17.571
Médico Responsável





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

Registro: 1069725

Data da operação: 19/11/2017

Operador: DR. TÉRCIO FARIAS

1º auxiliar: DR. BRUNO MONTEIRO MR2

2º auxiliar: DRA. ANA ÁUREA MR1

Diagnóstico pré-operatório: EXTENSO FERIMENTO EM PERNA DIREITA

Diagnóstico pós-operatório: **FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA**

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observada extensa lesão de partes moles em MID com exposição de estruturas profundas + fratura exposta por abrasão em face anterior de tibia direita + ferimento em joelho direito;
- 5) Desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 6) Limpeza abundante com SF 0,9%;
- 7) Sutura de ferimentos com pontos simples em Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril;
- 9) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento.



Ana Áurea
CRMPE 210





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

NDN

Diagnóstico Inicial: *trauma sem mmii direito*

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos: ① *Draco 1º atendimento pela*
Cirurgia Geral
② *Salvato Rx de mmii direito*

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem: ③ *Aguarda avaliação da*
fratura da tíbia

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares

Data: _____ Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS

Impressão: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS

Carimbo: 16:34 / 19/11/17

Paciente em Bom Estado Geral

Px de - 1º - Sem alterações de hemodinâmica

Alcance renal e hepático. Ao exame físico, não

há sinais de choque ou de SIRS

em 4-6 h de início de tratamento

Médico

Flávio R. Paz
Cirurgião Geral
CRM - RJ 23201



Abstract

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
NOME VALDIRSON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO			
DOC. IDENTIFIC. / ORIG. PASSAP. / AL 3367966 ROR PE		CPF 097.265.366-85	
DATA DO NASCIMENTO 26/12/1973		PLACAO VALDIRSON CAVALCANTI DE FRANCA DILEA MARIA ANTONIO DE FRANCA	
PERMISSAO A		CATEGORIA A	
N.º IDENTIFIC. 06883892782		VALIDADE 31/05/2019	
DATA DE EMISSAO 20/01/2015		OBSERVAÇÕES sem observações	
Assinatura do Titular / Titular			
LOCAL RECIFE - PE		DATA DE EMISSAO 21/01/2016	
Assinatura do Titular / Titular		15460358841 PED71085278	
OUTRA - PE (PERNAMBUCO)			

SE8830408 11023 12411 P4- 12-01-2010 16:20 443078 1/1

CELEBRATION LIBERATION

SEMINARS



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REINSTRUMENTO GERAL 8.347.964 DATA DE EXPIRAÇÃO 19/03/2014

NAME << VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO >>

PARCADA << VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA >>
<< DILZA MARIA ANTONIO DE FRANÇA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 16/12/1991

DOL. JORN. << 077869 01 55 1992 1 00073 177 >>

0031910 77 IGARASSU, PE >>

CPF 097 265.564-65

ASSINATURA E TÍTULO

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

EC-3

Valdison C. de França Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEBASTIÃO LUIZ PEREIRA RUA 16-11-2010 15:22 443879 1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALDIRSON CAVALCANTI DE FRANCA FIGUEIRA

0567964 RDS PE

027.265.564-55 18/12/1991

VALDIRSON CAVALCANTI
 DE FRANCA
 DILEZA MARIA ANTONIO
 DE FRANCA

04223992782 23/05/2019 20/01/2025

sem observações

Valdirson de Franca Figueira

RECIFE - PE 21/01/2018

25460359841 980719512

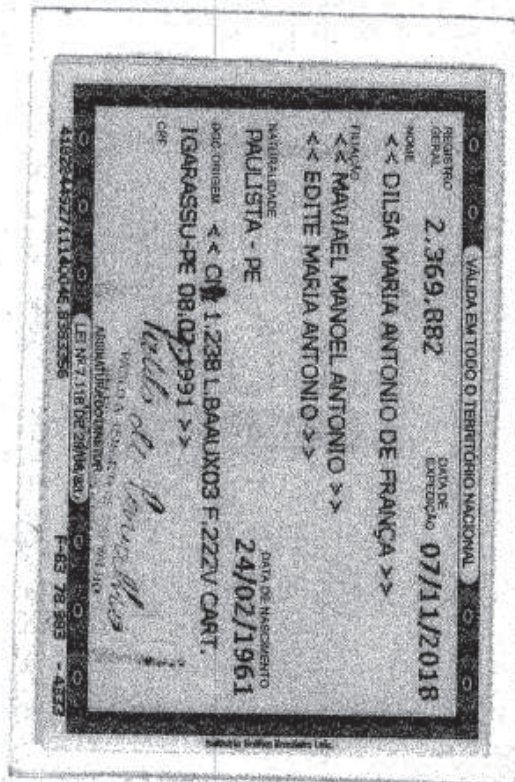
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

1219917088

CONTABILIZAÇÃO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 02 MAI 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Jd. S
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013432686586

VIA 1 160262275 RNTC ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

IGARASSU-PE

290.878.804-72 PLACA KRD1345

PLACA ANT/UP ***** CHASSI 9C2KC1E109R025844

ESPÉCIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MX K3 ANO FAB 2009 ANO MOD 2009

CAP/POI/CIL 22/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1 ***** VENC/COTAS 1 *****

FAIXA IPVA A 1 PARCELAMENTO/COTAS 2 ***** 3 *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

IGARASSU-PE DATA 09/08/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Especinante DETRAN/PE

PE Nº 013432686586 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

IGARASSU-PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 09/08/17

VIA 1 290.878.804-72 PLACA KRD1345

RENAVAM 160262275 MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MX K3

ANO FAB 2009 CIL/TAR 22/149CL Nº CHASSI 9C2KC1E109R025844

PREMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TOTAL A SER PAGO SEMINADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.805/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

Cartorio Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Certifico que a presente cópia, apresentada por VALDSON é uma
reprodução fiel do original que me foi exibida, Dou fé. Abreu e
Lima/PE, 06/02/2018 13:34:20. Emol: R\$ 3,41 TSNR: R\$ 0,68 Total:
4,09. AU-3-33642

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Selo digital: 0150607.H0M01201803.03753



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 11 - Jua5
Gracas - Recife/PE CEP 52011-010



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066946/18

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

CPF: 097.265.564-65

Data do Acidente: 19/11/2017

CPF de: Próprio Titular do CPF: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/02/2018
Nome: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO
CPF/CNPJ: 097.265.564-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

ANDREZA ALVES DA CUNHA



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA VALDIR CAVALCANTE DE FARIAS FILHO

DATA DO ACIDENTE 09/11/2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 027.265561-65

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoravida.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), justa com relatório médico comprovando a existência de sequelas permanentes, sem a data da alta definitiva – somente no impossibilitado de apresentar o laudo do IML
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) VALDIR CAVALCANTE DE FARIAS FILHO
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 027.265561-65
 E-mail 06-01-2008 Assinatura VALDIR CAVALCANTE FILHO Tel. 083.654155
 Data 06-01-2008 Assinatura VALDIR CAVALCANTE FILHO Tel. 083.654155

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ECT
 Atendente Bruno Pereira do Pradimento Matrícula 7.586.342.7
 Data 06/01/2017 Assinatura Bruno Pereira do Pradimento

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066946/18
Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO
CPF: 097.265.564-65
Data do Acidente: 19/11/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro Outros	Outros 
VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65 Autorização de pagamento	

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2018
Nome: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO
CPF: 097.265.564-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2018
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Karine Gomes de Lima





LAJ 4106553 35-48 9102-304-82 RJ 10/04/2021 Nº 202001955

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA VALDILSON CAVALCANTE DE FRANCA FILHO
DATA DO ACIDENTE 19-11-2017 CPF DA VÍTIMA 09726556465
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO VALDILSON CAVALCANTE DE FRANCA FILHO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÊNTESCO COM
A VÍTIMA É VALDILSON CAVALCANTE DE FRANCA FILHO
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DE SERRA VIEIRA DE MELO
Nº 33-A COMPLEMENTO CASA BAIRRO SAZ DE HENRIQUES
CIDADE IGARASSU UF PE CEP 53.625-030
E-MAIL 60558863144@ig.com.br TELEFONE (11) 98363-9155

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 IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ 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
- ☐ BOLETA 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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

* 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSTITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/03/2018
IDENTIDADE 8.347.964
ASSINATURA Valdir Cavalcante de Franca Filho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/03/2018
NOME RENATO P. NASCIMENTO
ASSINATURA Renato Nascimento

Declaração

Venho por meio informar
Que não existe mais documentação médica
A se apresentar.

Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela
seguradora.

Eu VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO
Portador do RG 8347964 e CPF 097.265.564-65

VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO
Assinatura da vítima

30-10-2019



PROCURAÇÃO

Pelo presente particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO
Brasileiro (a), Estado Civil SOLTEIRO, Profissão AUTÔNOMO, portador da
cédula de identidade nº 8347964, CPF 097.265-564-65, com
endereço na RIALFREDO VILMA DE MELO, N. 33A - IGARASSU
GRUPO DE MIBOUÇAS

OUTORGADO:

Nome: DILSA MARIA ANTONIO DA FRANÇA
Brasileiro (a), Estado Civil CABADA, Profissão AUTÔNOMA, portador da
cédula de identidade nº 2.369.982, CPF 290.878.804.72 com
endereço na R. ALFREDO VILMA DE MELO N. 33A
IGARASSU, GRUPO DE MIBOUÇAS

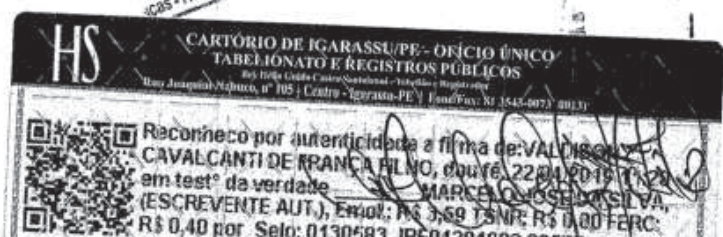
PODERES: DO SEGURO DPVAT
DILSA PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO E
VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO APENAS
ESTAVA EM POSE DO VEÍCULO QUANDO DO ACIDENTE;

IGARASSU, 22 de ABRIL, de 20 19.



Valdison C. de França Filho
Outorgante

Outorgado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147450/19

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILH

CPF: 097.265.564-65

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2017

Titular do CPF: VALDISON CAVALCANTI
DE FRANCA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA : 290.878.804-72

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

VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA
CPF: 290.878.804-72

DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180088165 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia direita

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz em membro inferior direito. Sem alteração da marcha e mobilidade do membro inferior direito

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com limpeza e curativo local. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica há 30 dias, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 17/04/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, a mobilidade do membro inferior direito está preservada como também a marcha, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Leonardo Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180088165

Nome do(a) Examinado(a): VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alfredo Vieira de Melo, 33 - Igarassu/PE - CEP 53625-030

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8347964 - sds-pe - 21/01/2016

Data e Local do Acidente : 19/11/2017 - Olinda, PE

Data e Local do Exame : 17/04/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura exposta por abrasão de tibia direita

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

Tratado cirurgicamente com limpeza e curativo local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vítima com cicatriz em membro inferior direito, sem alteração da marcha, com força e mobilidade preservados em membro inferior direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

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

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em



caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

(X) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

Região Corporal

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

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

Região Corporal

Região Corporal

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

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

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





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

