



Número: **0000374-34.2019.8.17.3580**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Vicência**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE WILSON DA SILVA (AUTOR)	EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72268 668	09/12/2020 15:55	Perícia médica	Outros (Documento)



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180191301
Vitima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180191301**.

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 12734933

Pag. 00815/00816 - carta_01 - INVALIDEZ



00020408



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 15:55:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120915551943200000070848411>
Número do documento: 20120915551943200000070848411

Num. 72268668 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA
Nº Sinistro: 3180191301
Vitima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180191301**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00813/00814 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **GENTE 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 12766254

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 - 09/12/2020 15:55:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120915551943200000070848411>
Número do documento: 20120915551943200000070848411

Num. 72268668 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA

Sinistro: 3180191301
Vítima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

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 3180191301 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



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12985647

A/C: JOSE WILSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180191301
Vitima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

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: JOSE WILSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 000005181-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 37,5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37,5% de 10%) 3,75%

Valor a indenizar: 3,75% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

A autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEI



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Wilson da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 7.583.037EXPEDIDO POR SBS - PeEM 18/05/2004CPF 029.959.833-64 / CNPJ 0000000000000000PROFISSÃO recaud

E RENDA MENSAL DE R\$ seusos (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Wilson da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além das informações de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiáries.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS) ^ .

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0054Nº da CONTA (com dígito, se existir) 518.1-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMOQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Promuíto 06 de Outubro de 2011 José Wilson da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

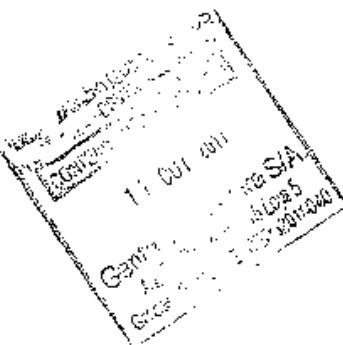


ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização da R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para mais informações sobre o processo de análise da pedida de indenização, acesse www.dpvatsegundotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







Seguradora Líder DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SÉ

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de recebíveis, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recolhimento da Indenização no banco.

EU, José Wilson da Silva

PORTADORA(A) DO RG Nº 7.583.037

EXPEDIDO POR SDS - PE

EM 18/05/2004

CPF 029.699.364-13 / CNPJ

PROFISSÃO 22412

E RENDA MENSAL DE R\$ ~~recebido~~ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ~~José Wilson da Silva~~ AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

(*) A Circular Susap nº 445/2012, que trata da prevenção e salvaguarda de dinheiro no nome do segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca de profissão e da fábra de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ao seu nome, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCI, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 923 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberto em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta que está inativa ou em desuso neste momento (revogue-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inativo ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastral no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiária.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovam os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° de AGENCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° de AGENCIA (com dígito, se existir) 025 N° da CONTA (com dígito, se existir) 54.81-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO OUTADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso da invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.750,00 em caso de diáspora médica-hospitalar.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotranito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.





2018 14:02:11

ASL-036600017
marta.santos
2004/2018 14:02:11



396223



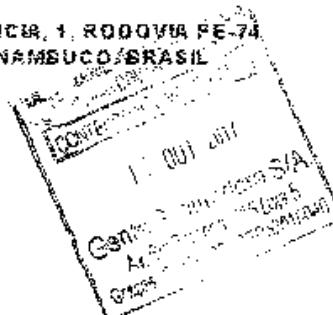
**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 051ª CIRCONSCRIÇÃO - VICÉNCIA -
DP51°CIRC DINTER1/11°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0141000446

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/09/2017 às 10:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 30/7/2017 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE VICÉNCIA, 1, RODOVIA PE-74
VICÉNCIA-PE - Bairro: CENTRO - VICÉNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O MESMO (AUTOR / AGENTE)
ALESSON ROBERTO DE SOUZA SILVA (OUTRO)
JOSÉ WILSON DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sra(a): JOSÉ WILSON DA SILVA

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

JOSÉ WILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: MARIA LUCIA DA SILVA
Pai: GENILSON ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 22/3/1987 Naturalidade: VICÉNCIA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7883037303/PE (RG), 07489730473 (CPP) Escriturado: 21/
GRAU COMPLETO Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 98550837

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE VICÉNCIA, 1, SITIO TURIASSU 14 - VICÉNCIA-PE - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - VICÉNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL

O MESMO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

ALESSON ROBERTO DE SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE VICÉNCIA, 1, SITIO TURIASSU VICÉNCIA-PE - CEP: 0 - Bairro:
CENTRO - VICÉNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

25/9/2017 10:30



Bedienungsanleitung

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3125739/>

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): ALESSON ROBERTO DE SOUZA SILVA, que se encontra em posse do(s) Sr(a): JOSÉ WILSON DA SILVA
Categoricamente: **MOTOCICLETA/HONDA/PDP 100** Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFJ1662 (PERNAMBUCO/MICENCI(A) Renavam: 283666843 Chassi: 9C2H80210BR413237
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2011 Combustível: GASOLINA

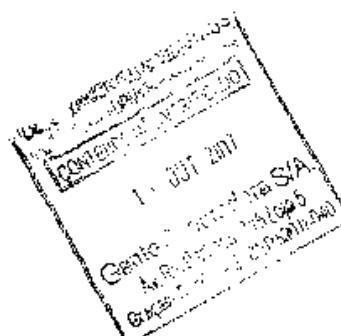
Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE SEGUIA GUIANDO O VEICULO EM TELA NA RODOVIA PE-74 EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA, NESTE MUNICIPIO, NO SENTIDO MURUPE/TURIASSU, QUANDO DERRAPOU COM A MOTOCICLETA EM AREIA QUE FOI DESLOCADA DE UM BARRANCO ATÉ A RODOVIA APÓS CHUVAS. DECLARA QUE AO DERRAPAR VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VINDO A CAIR AO CHÃO LESIONANDO SUA MÃO ESQUERDA, PERDENDO PARTE DO DEDO MÍNIMO E LESIONANDO AINDA TENDÔES DE OUTROS DOIS DEDOS DE SUA MÃO. APÓS O ACIDENTE A VITIMA FOI SOCORRIDA ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM JABOTACABA DOS GUARARAPES.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) neste local

José Wilson da Silva
JOSÉ WILSON DA SILVA
(VITIMAT)

S.O. registrado por: CRISTIANO DE BARILO 220811-8 - Matricula: 220811-8



25/7/2017 10:20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 15:55:19
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091555194320000070848411>
Número do documento: 2012091555194320000070848411

Num. 72268668 - Pág. 10

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Fu. José Wilson da Silva portador da carteira de identidade nº 1533.033 e inscrita no CPF/MF sob o nº 074-077-364-73, residente e domiciliado na Rua Turísporu nº 14, zona Rural, Cidade Mariápolis, Estado São Paulo, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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, salicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 §3º 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x José Wilson da Silva
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



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: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000005181-7

Nr. da Autenticação 63524D37EA87EE1B



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 15:55:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120915551943200000070848411>
Número do documento: 20120915551943200000070848411

Num. 72268668 - Pág. 13

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante da residência



Eu, José Wilson da Silva

RG nº 2.583.037, data de expedição 10/05/04, Órgão SOS/PE,

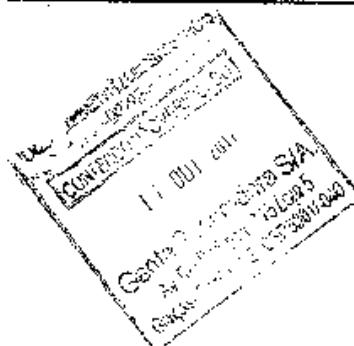
CPF nº 074.597.364-73, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Turimassu</u>
Número	<u>54</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Viçência</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9163-6662 (81) 9-9116-7948</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbauá, 06/10/17

Assinatura do Declarante: José Wilson da Silva





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12



0030-

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, 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 Felipe G. Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.735.444.32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Wilson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.597.364.73 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Jose Wilson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.597.364.73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

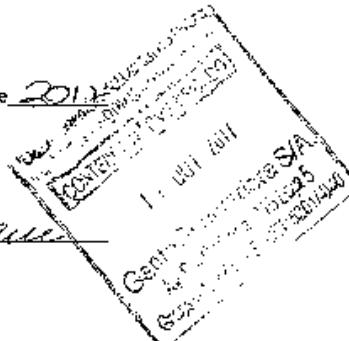
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Geraldo Ferreiro, bairro	Número	127	Complemento	casa
Bairro	Centro	Cidade	Timbaúba	Estado	PE
Email	<u>Edu.pvat@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	(81) 97167948	Telefone celular (DDD)	

Timbaúba, 06 de Outubro de 2012
Local e Data

Felipe G. Ferreira
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/1

Declarado Circular SUSEP 445/12
CÓDIGO: 20120915551943200000070848411

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=20636>

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, desta 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 reassegura.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, José Wilson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N045.235.446-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Wilson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N045.235.446-32, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima José Wilson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N045.235.446-32, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento	
Rua Geraldo Ferreira Lameira 103	127	para	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Timbaúba	PE	55870-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	(81) 97167948
Eduardo.Letraul.com			

Local e Data

Assinatura do Declarante

DUDRL001 V001/2017

Num. 72268668 - Pág. 17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 15:55:19

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120915551943200000070848411>

Número do documento: 20120915551943200000070848411



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alisson Roberto de Souza Silva,
RG nº 7808236, data de expedição 28/11/2006
Órgão SADS/IPE, portador do CPF nº 075.159.144-08, com
domicílio na cidade de Aliceópolis, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Vila Turismo, zona Rural, nº 501,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Wilson da Silva, cujo o condutor era
José Wilson da Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda POP 100

Ano: 2011

Placa: PFJ 1552

Chassi: 9C2H8D02108R 413237

Data do Acidente: 30 de julho de 2017

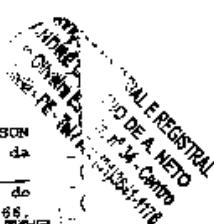
Local e Data: Terembau, 03/10/17

Alisson Roberto de Souza Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
Titular: ANDRÉ CESARO DE ALBUQUERQUE NETO
Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de: MESSON
ROBERTO DE SOUZA SILVA. Em testemunho (Nº) da
verdade, deu fé. Viciária: Rosenilda
Maria Rosenilda de Lima Silva - Substituta do
Tabelião e Oficial. Emolumentos R\$ 3,29, TRNS R\$ 0,66.
total R\$ 3,95
Selos: 0076786.OWQ08201701.02120 03/10/2017 09:26:12
Consulte autenticidade em [www.tpe.jus.br/seledigital](http://tpe.jus.br/seledigital)



0150025/18



** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: José Wilson de Souza
Reg.: 11034102 Enf.: _____ Leito: _____

DATA DE ENTRADA: 31/12/12 DATA DE SAÍDA: 04/01/13

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

Anquilose lombo sacra
lado direito de 90°

DIAGNÓSTICO FINAL:

extrato

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

pele com secreção

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DR/VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2013

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco 715 Lote 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-140

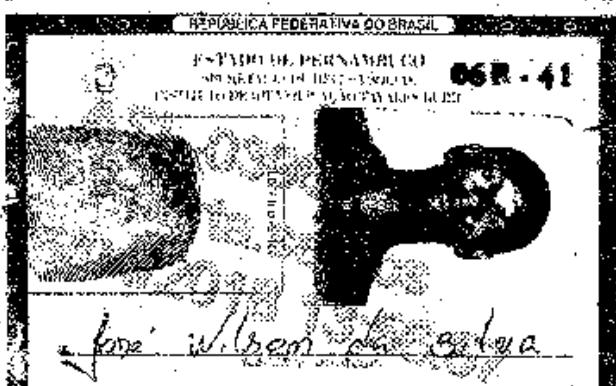
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DEVERÁ COMPARCER AO AMBULATÓRIO DE:

PARA CONTROLE EM 1/01/13 Dr. Mauricio Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia - Acupuntura

105-HGOR





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

RECEBIMENTO GERAL
NOME: << JOSE WILSON DA SILVA >>
MAE: << GENILSON ANTONIO DA SILVA >>
FILIAÇÃO:
NATURALIDADE: PE
VICENCIAS: PE
DATA DE NASCIMENTO: 22/03/1987
CPF: 160361818-37
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.110 DE 29/06/90

6.11.76809

Documentos Relacionados:
0012*

MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
21º C-S M/4º DEL

RA: 21036 204557 2

JOSE WILSON DA SILVA

EM CASO DE CONVOCACAO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO:
PAI: GENILSON ANTONIO DA SILVA
MAE: MARIA LUCIA DA SILVA
DATA NASC.: 22.03.87 NATURALIDADE: VICENCIAS-PE.
Dispensado do Serviço Militar, inicial em 01 AGOSTO 2005.
Ter Sido Incluído no excesso de
Contingente, S. I. da Unidade PE, 20.09.05

Assinatura: *Genilson da Silva*

TÍTULO ELEITORAL

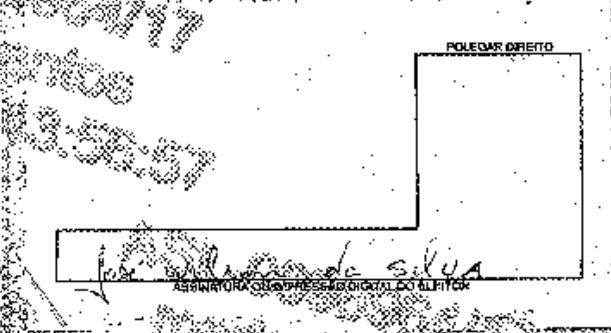
IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO RELEITOR: JOSE WILSON DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 22/03/1987
IC: 0628 9212 0825
ZONA: 093
SEÇÃO: 0003

MUNICÍPIO: PE
VICENCIAS/PE
DATA DE EMISSÃO: 03/05/2017

Genilson da Silva



INTRODUCTION TO THE BRAZILIAN BIRDS

BRUNNEN VERLAG
BRUNNEN VERLAG
BRUNNEN VERLAG

VITEST-222

1992-1993
Cochlear Implants

SEARCHED		INDEXED	
SERIALIZED		FILED	
APR 10 1968			
FBI - BOSTON			

PIRELLI - **PIRELLI** - **PIRELLI**

ICRC ID: 11/03/13
Name: Nafisa Khatun R. Goto

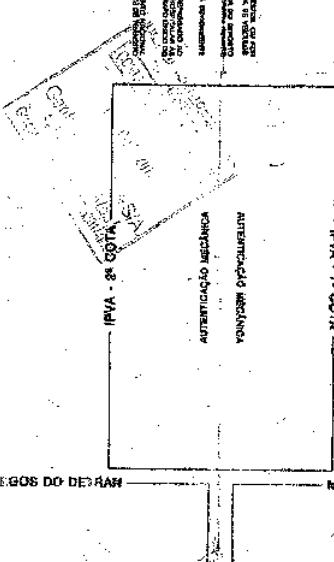
Con motivo de la celebración del Día Mundial del Agua, el 22 de marzo, se ha organizado una feria en la que se exponen las principales problemáticas ambientales y se realizan actividades de sensibilización y concientización. La feria se desarrolla en el Paseo de la Constitución, entre la calle 10 y la calle 12, en el centro de la ciudad. Se invita a todos los interesados a participar.

mentre il suo aspetto più superficiale. Diversamente, comincia un certo «freno» all'espansione, uno dei segnali più evidenti della crisi. In questo caso, l'aspetto più importante è che la crisi non ha ancora raggiunto il punto di crisi. Tuttavia, siamo in presenza di una crisi che ha già raggiunto i limiti della tolleranza della società. La crisi ha raggiunto il punto in cui le persone sono disperse e disperate, mentre la società è divisa in due campi: quelli che hanno vissuto la crisi e quelli che non l'hanno vissuta. La crisi ha raggiunto il punto in cui le persone sono disperse e disperate, mentre la società è divisa in due campi: quelli che hanno vissuto la crisi e quelli che non l'hanno vissuta.

www.dynamilis.com

* १८५

**garantora Líder das Construtoras do Seguro DIAVAT S.A.
Fone: 09-2848-8601/001-04
e Representante: Renato, 74, 8º andar
Ramo - Rio das Ostras
www.diavantur.com.br**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 15:55:19
<https://pjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120915551943200000070848411>
Número do documento: 20120915551943200000070848411

Num. 72268668 - Pág. 21

PE Nº 9306709175		EXERCÍCIO 2012	
DEPARTAMENTO DE ESTADOS DO RIO GRANDE DO SUL EIXO DA CUSTÓDIA DA POLÍCIA MILITAR		PLACA PFJ1552	
075-180-144-08		ALFREDO HENRIQUE DE SOUZA FILHO	
VENCIMENTO - 02		BILHETE DE SEGURO DIPVAT	
PE Nº 9306709175		EXERCÍCIO 2012	DATA DE EMISSÃO 11/03/12
075-180-144-08		PLACA PFJ1552	
ALFREDO HENRIQUE DE SOUZA FILHO		MARA / MODELO	
2011 03		BCABR02100004100000	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
TÍPICO		DENOMINAÇÃO	
CUSTO DO SEGURO (R\$)		VALOR PESO/LITRO	
CUSTO DO PLANEJAMENTO		VALOR PESO/LITRO	
SEGURADO - FAMÍLIA		PRONOME	
COTA LÍQUIDA		PARCELAÇÃO	
DATA DE GUTTACAO			

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A**

CN上获奖的项目(20项)

DESCARGAR POR CONSOLIDADO MACHINA CORRESPONDE A LOS DATOS PERSONALES DE VEHICULOS CON VEHICULOS AUTOMOTORES
EN ALMACENAMIENTO EN PUNTO DE LA CARGA A PREGONER, PROVINCIA DE TUCUMAN
SEÑALIZACIONES DE DIFERENTES TIPOS DE VEHICULOS AUTOMOTORES EN EL MUNICIPIO DE RIO HONDO EN LA DIA-
NA 10/01/2014.

REFERENCES

DETALHAMENTO DE DADOS FISIOLÓGICOS E SOCIOECONÔMICOS - AVALIAÇÃO DE 113 PESSOAS COM IDADES ENTRE 18 E 65 ANOS, COM E SEM HISTÓRICO DE Uso de ALCOOL E TABACO.

Além disso, o resultado das pesquisas realizadas no Brasil, que tem sido o maior produtor mundial de óleo de canola, demonstrou que a canola é uma ótima alternativa ao petróleo.

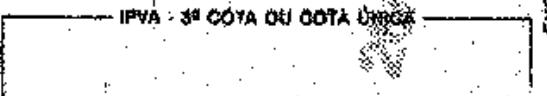
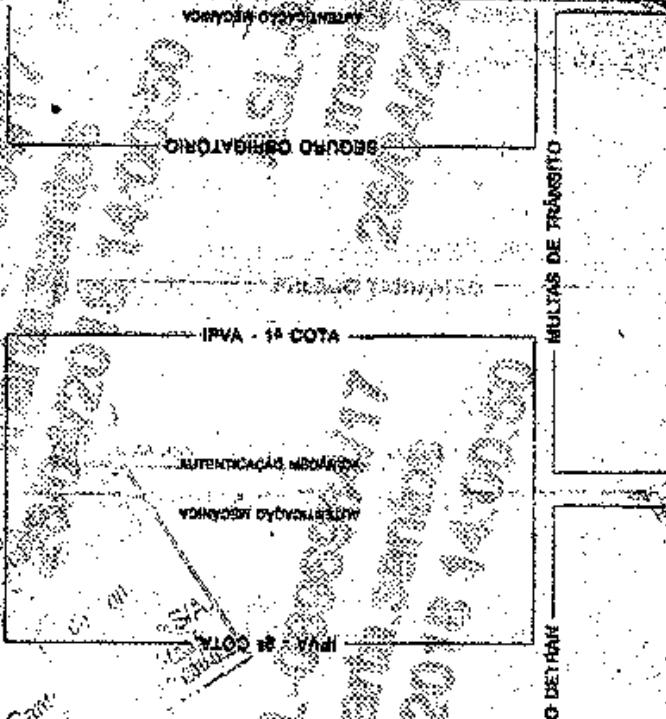
RECEIVED IN THE LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES ON JULY 11, 1962

[Visualizar Lider dos Campeões do Deserto](#)

IP-J-00249-508/0001-04

a Senator Dantón, 74 - 3º piso

Ativo - Ativo da Jurosma



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180191301 Cidade: Vicência Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILSON DA SILVA Data do acidente: 30/07/2017 Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO + FRATURA COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO + TRAUMATISMO ABERTO COM LESÃO DE TENDÃO NO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO (FLEXÃO) DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
LIMITAÇÃO EM GRAU MÉDIO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO (EXTENSÃO E FLEXÃO) DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 2º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO - FEZ FISIOTERAPIA 20 SESSÕES.
ALTA EM 18/09/2017

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: LUCIANO ALVES VERAS

CRM do médico: 8505

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 37,5 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total		17,5 %	R\$ 2.362,50	



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 15:55:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120915551943200000070848411>
Número do documento: 20120915551943200000070848411

Num. 72268668 - Pág. 24

**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: 3180191301

Nome do(a) Examinado(a): JOSE WILSON DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): VILA TURIASSU, 14 - Vicência/PE - CEP 55850-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 7583037 - SDS/PE - 18/05/2004

Data e Local do Acidente : 30/07/2017

Data e Local do Exame : 06/06/2018 RUA DOS MARTIRIOS, 201 - GOIANA/PE - CEP 55900-000

Resultado da Avaliação Médica

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

AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

FRATURA COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

TRAUMATISMO ABERTO COM LESÃO DE TENDÃO NO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 2º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

FEZ FISIOTERAPIA 20 SESSÕES

ALTA EM 18/09/2017

EVOLUIU COM AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 2º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO.

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

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

CICATRIZES LOCAL.

SEM EDEMA.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não



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

AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, POR LESÃO TENDINOSA

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTOS DE FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, POR LESÃO TENDINOSA

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

() “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

2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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

Região Corporal

4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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

Região Corporal

5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

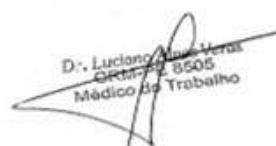
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal

% 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.





Dr. Luciano Alves Veras
CRM : 8505
Médico de Trabalho

LUCIANO ALVES VERAS CRM : 8505 / UF :PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 15:55:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120915551943200000070848411>
Número do documento: 20120915551943200000070848411

Num. 72268668 - Pág. 27

PROCURAÇÃO EXRAJUDICIAL

**Outorgante:**

José Wilson da Silva, brasileiro, RG número 7583.077
CPF nº 074.597.364-73, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima,
Centro Rural Recente - PE.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado,
RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua
Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

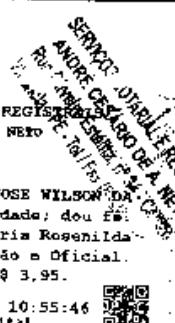
Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exerce os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 06-10-2012



RECONHECIM

José Wilson da Silva



CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
Titular: ANDRÉ CORDEIRO DE ALBUQUERQUE NETO
Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de: JOSE WILSON DA SILVA. Em Terezópolis (PE) da verdade: dou fé.
Vicêncio: M. Wilson da Silva Maria Rosinilda de Lima Silva - Substituta do Tabelião e Oficial.
Emolumentos R\$ 3,95, TENS R\$ 0,66, total R\$ 3,95.
Selo: 0076786.AEA08201701.01924 25/09/2017 10:55:46
Consulta autenticidade em [www.tjepe.jus.br/seodigital](https://pje.tjepe.jus.br/seodigital)



ASL-0999994/17 **maria.santos** **Pecaminoso**
PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

José Wilson da Silva, brasileiro, nº 7583.072
CPF nº 074.597.364-73, residente na Rua Turuá,
zona Rural de Timbaúba - PE.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado,
RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua
Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba - PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho de mandato a exerce os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 06-10-2017

RECONHECIMIENTO

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
titular: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de: JOSE WILSON DA SILVA, En. Tabuleiro (), da verdade, dou fé que
Vicente. Maria Roselielle Lima Silva, substituta do Tabelião e Oficial
de Registro Civil, realizou o ato. Encargos R\$ 3,00, Taxas R\$ 0,66, total R\$ 3,66.

Selo: 10015700-AF00000701.01924 25/09/2017 10:55:46
Comitê de Autenticação: www.tjpe.jus.br/electronic