

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200244529 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELVISSON GUILHERME **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de ramos isquiopubico bilateral
Fratura longitudinal do sacro a esquerda

Descrição do exame físico: Apresenta leve limitação de mobilidade articular do quadril esquerdo, com perda de 20% da extensão e de 15% da abdução do quadril

Resultados terapêuticos: Limitação de mobilidade articular em quadril esquerdo

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/07/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200244529 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELVISSON GUILHERME **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P2(DOC. MÉDICA EM SINISTRO ANTERIOR).
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200244529

Vítima: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE DA SILVA IRMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200244529**

Vítima: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE DA SILVA IRMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200244529

Vítima: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE DA SILVA IRMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000027809-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200244529
Nome do(a) Examinado(a): WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
Endereço do(a) Examinado(a): Rua do Sossego, 64, Cha Grande
CHA GRANDE Pernambuco - CEP: 55636-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [sds / Pernambuco] 7201862
Data local do acidente: [25/09/2019]
Data local do exame: [20/07/2020] CARUARU - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica


- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
Fratura de ramos isquiopúbico bilateral Fratura longitudinal do sacro a esquerda
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: Tratamento conservador de fraturas com imobilização e suporte clínico
Complicações: Sem complicações do referido acidente
Data da Alta: 10/06/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
Apresenta leve limitação de mobilidade articular do quadril esquerdo, com perda de 20% da extensão e de 15% da abdução do quadril
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Leve limitação de obilidade articular do quadril esquerdo
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o 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 (*)
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
Quadril - Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(ao) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson José Florêncio Júnior
CRM - PE 12.573
TEOT 13921
CPF - 04648138406
CRM - Pernambuco - 18573

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

072.118.474-09

4 - Nome completo da vítima:

Welson Guilherme Albuquerque de Oliveira

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

5 - Nome completo:

Welson Guilherme Albuquerque de Oliveira

6 - CPF:

072.118.474-09

7 - Profissão:

Recebe-re

8 - Endereço:

Rua do Sossego

9 - Número:

64

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ela Grande

12 - Cidade:

Ela Grande

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55636-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9 9258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0943

CONTA:

27809

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vir nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
CPF:

05 MAR 2020
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: PROTOCOLO
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Ela Grande 20/12/19

WELSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



333-524970755-2

29/NOV/2019

HORA DE 11:20:14

LGT. 15,011054-5
LOCALIDADE: CHA GRANDE
AG. VINCULADA: 0943

TERM 053211

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0943,00027809-1

NOME: WELVISSON G A DE OLIVEIR

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
21/11	1,33 C
25/11	2,77 C
27/11	4,54 C

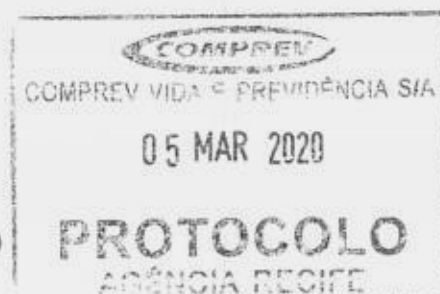
RESUMO EM 28/11	
SALDO	8,64

RESUMO DO DIA	
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	8,64 C
SALDO TOTAL	8,64 C

333-524970755-2

1ª VIA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0157000946**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2019** às **11:44**

Complementa o BO Número: **19E0157000945**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1, PE 071 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA (OUTRO)
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUER DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUER DE OLIVEIRA**

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

WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUER DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANDRA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA Pai: JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 27/6/1985
Naturalidade: **AMARAJO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7201662/SDS/PE (RG). 07211847409 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 991904332**

Endereço Residencial: **RUA SOSSEGO, 64 - CEP: 0 - Bairro: GOVERNADOR MIGUEL ARRAES - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DA ASSEMBLEIA DE DEUS. CASA VERDE.**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDA Pai: DESCONHECIDO Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: **NENHUM** - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial:
NENHUM - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA**, que estava em

posse do(a) Sr(a): **WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU5797** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101464640** Chassi: **9C2JD2320ER00290**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **GASOLINA**

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

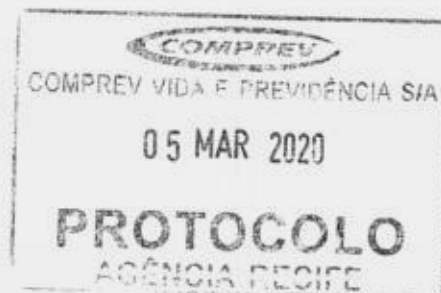
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. SEGUNDO RELATA A VITIMA ELA CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR125 BROS ES, RENAVAN N° 1014646402, CHASSI N° 9C2JD2320ER000290, PRETA PLACA OYU5797, NA RODOVIA PE 071 NO SENTIDO CHA GRANDE AMARAJI QUANDO O VEICULO QUE VINHA EM SUA FRENTE, O QUAL A VITIMA NÃO SABE INFORMAR NENHUMA CARACTERISTICA, PAROU DE FORMA REPRENTINA, E ELE, VITIMA COLIDIU NO TRASEIRA DO AUTOMOVELO. EM DECORRENCIA DESTE FATO A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA DANDO ENTRADA SOB O N° 29.608 E ID PAC 472808, 22.654, DANDO ENTRADA NAQUELA UNIDADE COM FRATURA NA BACIA CONFORME ENTRADA ACIMA DECRITA, SENDO TRANSFERIDO POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARURU, CONFORME COPIA DE TRANSFERENCIA. DIANTE DESTE FATO PROCURA ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FÁBIO JÚNIOR DA SILVA** - Matrícula: **273771-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

072.118.474-09

4 - Nome completo da vítima:

Welson Guilherme Albuquerque de Oliveira

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

5 - Nome completo:

Welson Guilherme Albuquerque de Oliveira

6 - CPF:

072.118.474-09

7 - Profissão:

Rebouçador

8 - Endereço:

Rua do Sossego

9 - Número:

64

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Eça Grande

12 - Cidade:

Eça Grande

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55636-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9 9258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0943

CONTA:

27809

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vir nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

05 MAR 2020
Assinatura da testemunha

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Eça Grande 20/12/19

WELSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



333-524970755-2

29/NOV/2019

HORA DE 11:20:14

LGT. 15,011054-5
LOCALIDADE: CHA GRANDE
AG. VINCULADA: 0943

TERM 053211

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0943,00027809-1

NOME: WELVISSON G A DE OLIVEIR

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
21/11	1,33 C
25/11	2,77 C
27/11	4,54 C

RESUMO EM 28/11	
SALDO	8,64

RESUMO DO DIA	
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	8,64 C
SALDO TOTAL	8,64 C

333-524970755-2

1ª VIA



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: 27/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000027809-1

Nr. da Autenticação 9AF225DB17A5537F

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 18 de Novembro de 20 19

Declaro para os devidos fins de comprovação que Welvissom
Guilherme Albuquerque De Oliveira, 34 anos de idade, foi atendido(a)
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 25
de Setembro de 20 19, às 12 h 10 min (número do registro da
ocorrência: 5-686019). |

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Paciente vítima de colisão moto x carro,
apresentou escoriações, fratura de fêmur
e/ou pelvis?

Encaminhado para o Hospital: Genal Alfredo Alves De Lima.

Avaliado pelo(a) médico(a): Dr. Silvio Valério (CRM 2430)

Removido para o hospital de referência: _____

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Avaliação clínica e neurológica, protocolo
de trauma e oxigenoterapia.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De S. Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE



Isabella Mayara Sousa
CRM-PE 438.222 - ENF





NOTA FISCAL - FATURA - UNIDADE DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50055-002
CNPJ 10.825.802/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SIMONY BARROS DE ALBUQUERQUE

CPF 096.861.014-77 / Ins. 16633351152

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO SOSSEGO 64CHÁ GRANDE/CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55636-000CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA COM N6

Nº DE NÚMERO	TIPO	DATA
063956438	UNICA	07/11/2019
Nº DE NÚMERO	TIPO	DATA
07/11/2019	201663148	205580

CONTRATO	PERÍODO
7025428344	11/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
14/11/2019	09/12/2019
VALOR A PAGAR (R\$)	
60,09	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20.0000000	0.18027691	3.61
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	10.0000000	0.33133185	3.31
Consumo Ativo superior a 100 até 225 kWh	02.0000000	0.40666779	0.81
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.72
Acrescimo Bandeira VERMELHA			12.21
Contrib. Iam. Publica Municipal			0.55
Multa por atraso-NF 075922182 - 04/09/19			0.38
Juros por atraso-NF 075922182 - 04/09/19			

TOTAL DA FATURA

60,09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LETURA	DATA	ATUAL	LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
80113223	CLT	07/10/2019	9.670,00	07/11/2019	7.022,00	0	7.022,00	31	7.022,00		104,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (kWh)
NOV 19 - 199	
OUT 19 - 124	
SET 19 - 123	
AUG 19 - 112	
JUL 19 - 111	
JUN 19 - 118	
MAY 19 - 128	
APR 19 - 115	
MAR 19 - 142	
FEB 19 - 57	
JAN 19 - 38	
DEZ 19 - 96	
NOV 18 - 55	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	6,95	0,42
COFINS	4,65	0,30

Cálculo de Energia

TIPO	VALOR	%
Gerção de Energia	19	31,6%
Transmissão	19	31,6%
Distribuição (Cabo)	19	31,6%
Perdas de Energia	19	31,6%
Energia Saturada	19	31,6%
Taxa	19	31,6%

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	6,95	0,42
COFINS	4,65	0,30

8780 8670 8251 1CFB 1423 E132 AUBB 54F5

Esta fatura foi emitida em conformidade com a Lei nº 10.438/02, que instituiu a Tarifa Social de Energia Elétrica para consumidores de baixa renda. O valor da fatura foi calculado com base no consumo registrado no medidor e no valor da tarifa social. O valor da tarifa social é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da fatura é de R\$ 60,09. O valor da tarifa social é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da fatura é de R\$ 60,09.

Atenção: O valor da fatura é de R\$ 60,09. O valor da tarifa social é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da fatura é de R\$ 60,09.

DISTRIBUIÇÃO DE VALORES POR UNIDADE DE CONSUMO

CONSUMO	VALOR (R\$)	LIMITE (R\$)	LIMITE (R\$)	LIMITE (R\$)
INC	0,00	5,55	11,10	22,20
INC	0,00	1,11	2,22	4,44
INC	0,00	1,11	2,22	4,44

DISTRIBUIÇÃO DE VALORES POR UNIDADE DE CONSUMO

CONSUMO	VALOR (R\$)	LIMITE (R\$)	LIMITE (R\$)	LIMITE (R\$)
INC	0,00	5,55	11,10	22,20
INC	0,00	1,11	2,22	4,44
INC	0,00	1,11	2,22	4,44

COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

05 MAR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

CONTA CONTRATO 7025428344 MÊS ANO 11/2019 DATA DE VENCIMENTO 14/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 60,09



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Conjunta Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Nova, Recife - PE, CEP 50665-902
CNPJ 10.935.932/0001-08 | Insc. Est. 005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SIMONY BARROS DE ALBUQUERQUE

CPF 096.381.014-77 NIS 1683351152

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO SOSSEGO 64CHA GRANDE, CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55038-000CLASSIFICAÇÃO
91 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DE CONTADOR	TIPO	UNIDADE
082666438	UNICA	07/11/2019
Nº DE CONTADOR	Nº DE CLIENTE	Nº DE CONTRATO
07/11/2019	0016833149	865580

CONTRATO	DATA
7025428344	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
14/11/2019	09/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	60,09

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Consumo Ativo até 30 kWh	30.0000000	0.19927891	5.98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	10.0000000	0.32133185	3.21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0.0000000	0.49999779	0.00
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.00
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0.00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12.21
Multa por atraso-NF 075922182 - 04/09/19			0.00
Juros por atraso-NF 075922182 - 04/09/19			0.38

TOTAL DA FATURA

60,09

COMPARATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
80112623	CAT	07/11/2019	9.870.00		07/11/2019	7.042.30		7	1.0000		1.0000

HISTÓRICO DE CONSUMO



DECOMPOSIÇÃO DE PREÇOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	6,95	0,42
ICMS	6,95	0,42
COFINS	4,20	0,25

COMPOSIÇÃO DE PREÇOS

Descrição	Valor	%
Geração de Energia	19,93	33,16%
Transmissão	2,20	3,66%
Distribuição (Cabo)	25,13	41,82%
Perdas de Energia	8,00	13,31%
Energia Semelhante	1,84	3,06%
Totais	59,10	100%

CONSUMO DE ENERGIA

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

8700 8C20 6251 1CF6 1423 B132 A088 54F5

Esta fatura foi emitida em conformidade com a Lei nº 10.436/02, que instituiu a Tarifa Social de Energia Elétrica para consumidores de baixa renda. O valor da tarifa social é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da tarifa normal é de R\$ 0,19927891 por kWh. O valor da tarifa social é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da tarifa normal é de R\$ 0,19927891 por kWh. O valor da tarifa social é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da tarifa normal é de R\$ 0,19927891 por kWh.

CONSUMO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
CONSUMO	0,00	UNIDADE	0,00	UNIDADE	0,00	UNIDADE
CONSUMO	0,00	UNIDADE	0,00	UNIDADE	0,00	UNIDADE
CONSUMO	0,00	UNIDADE	0,00	UNIDADE	0,00	UNIDADE

Cotação: 13,00

R\$ 0,00 - Valor da Energia de Lixo da Geração de Energia de R\$ 0,00

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

60,09

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA S/A

05 MAR 2020

PROTOCOLO
ADICIONA RECEITO

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/BIBLIOTECAWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Jose da Silva Irma

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.272.584 / 33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Welson Guilherme A. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.118.474 / 09

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Welson Guilherme Albuquerque de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.118.474 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

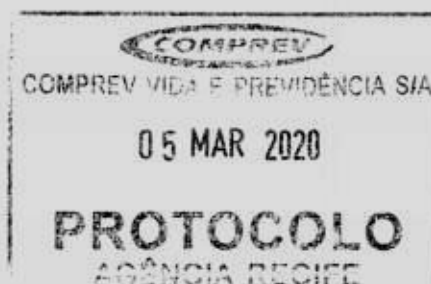
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua do Sossego</u>	Número: <u>64</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Eha Grande</u>	Cidade: <u>Eha Grande</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55636-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9258-3087</u>

Local e Data: Eha Grande 20/12/19

Maria Jose da Silva Irma

Assinatura do Declarante



AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

Do Sr.º Welvisson Guilherme Albuquerque de Oliveira, vítima de acidente automobilístico no dia 25 de setembro de 2019, apresentando diagnóstico médico L2, L4, L5 e região coccígea (politrauma).

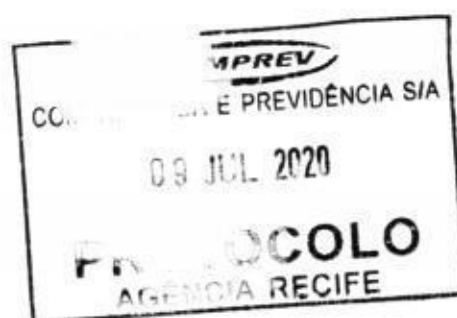
Apresentou sinais e sintomas descrito a seguir: contratura, dor, edema e perda ADM, com restrição dos seguintes movimentos extensão, flexão e rotação de quadril.

Objetivo do tratamento: Teve como pontos principais eliminar dor, edema, contratura e ganho de ADM.

Duração do Tratamento (15 Sessões)

Celia Nascimento
Fisioterapeuta
CREPRO 282618 - I

Vitória de Santo Antão-PE, 30 de janeiro de 2020



AVALIAÇÃO TERAPIAS MANUAIS

Do Sr.º Welvisson Guilherme Albuquerque de Oliveira, vítima de acidente automobilístico no dia 25 de setembro de 2019, apresentando diagnóstico médico de fratura lombar e cóccix.

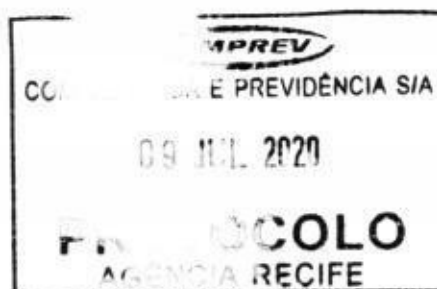
Apresentou sinais e sintomas descrito a seguir: Alteração da sensibilidade e parestesia do lombar e cóccix.

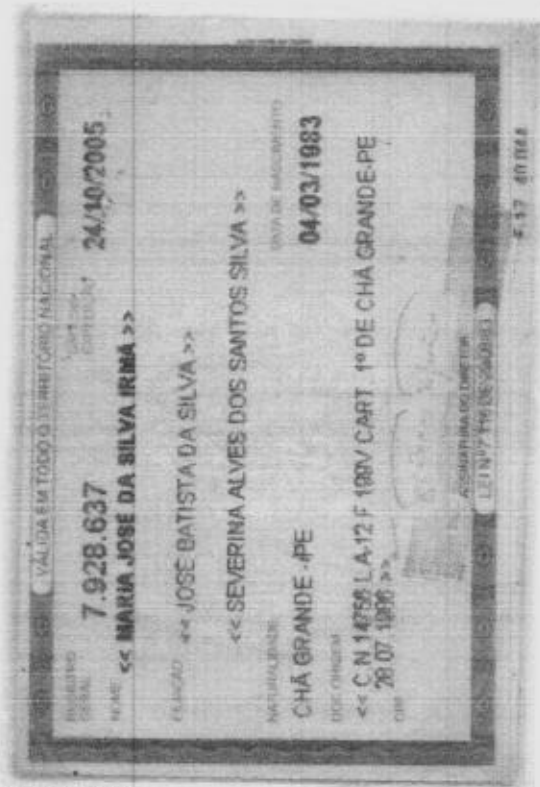
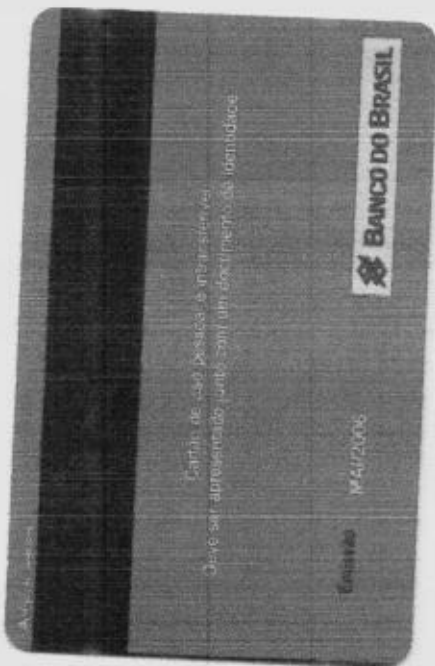
Objetivo do tratamento: Terapias manuais tem como alívios das dores, edemas e reestabilização da sensibilidade do local acometido.

Duração do Tratamento (15 Sessões)

Celia Nascimento
Fisioterapeuta
CREFITO 282618 - f

Vitória de Santo Antão-PE, 30 de janeiro de 2020





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
WELVISON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE - Org. EMISSOR / UF
7201862 RDE PE

CPF
072.119.474-09

DATA NASCIMENTO
27/06/1985

PLACAO
JOSE RODRIGUES DE OLIVEIRA
SANDRA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

PERMISSAO
CATEGORIA
ACC
CAT. PAR
AD

Nº REGISTRO
05602370156

VALIDADE
08/04/2020

EMISSAO
25/09/2012

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

LOCAL
GRAVATA - PE

DATA EMISSAO
15/06/2015

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

34264495709
PRO65937732

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1103674689

1103674689

COMPPEL

COMPROMISSO DE PREVIDÊNCIA SIA

05 MAR 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

05 MAR 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA FISCAL

DETRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014669242330
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTC EXERCÍCIO
1 1014646402 ***** 2019

NOME
NORDESTE IRMAOS OLIVEIRA LTDA

GRAVATA-PE

CNPJ PLACA
02.857.222/0001-50 OYU5797

PLACA ANT/UF CHASSI
***** 9C2JD2320ER000290

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR125 BROS ES 2012 2014

CAP/ROT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/124CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I IPVA 2019 QUITADO 1ª *****
P FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
V 3ª *****
A 1 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.53 15/05/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

Roberto Carlos Fontelles

GRAVATA-PE DATA
15/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

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

PE Nº 014669242330 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NORDESTE IRMAOS OLIVEIRA LTDA

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

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

GRAVATA-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 15/08/19

VIA CNPJ PLACA
1 02.857.222/0001-50 OYU5797

RENAVAM MARCA/MODELO
1014646402 HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB. ANO MOD. Nº CHASSI
2013 09 9C2JD2320ER000290

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
35.05 4.01 40.06

CURFO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.32 84.53

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
X 15/05/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 03.241.500/0001-04

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

MAI-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200244529 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELVISSON GUILHERME **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de ramos isquiopubico bilateral
Fratura longitudinal do sacro a esquerda

Descrição do exame físico: Apresenta leve limitação de mobilidade articular do quadril esquerdo, com perda de 20% da extensão e de 15% da abdução do quadril

Resultados terapêuticos: Limitação de mobilidade articular em quadril esquerdo

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/07/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200244529 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELVISSON GUILHERME **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P2(DOC. MÉDICA EM SINISTRO ANTERIOR)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

portador(a) do documento de identidade nº: 7.201.862, expedido por SDS/PE, em 15/06/2015 inscrito no CPF sob o nº: 072.118.479-09,

residente: RUA DO SOSSEGO, nº: 64 complemento: CASA,

Bairro: CENTRO, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

2. OUTORGADO: MARIA JOSÉ DA SILVA IRMÃ

portador(a) do documento de identidade nº: 7.928.637, expedido por SDS/PE, em 24/10/2005 inscrito no CPF sob o nº: 082.772.584-33,


residente: RUA DO SOSSEGO, nº: 64 complemento: CASA,

Bairro: CENTRO, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

WELVISSON G. A. DE OLIVEIRA Acidente ocorrido no dia 25/09/2019, do sinistro de DPVAT da natureza invalidez.

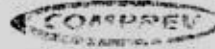
CHÃ GRANDE, 27 de NOVEMBRO de 2019

OUTORGANTE: X WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
 (reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA que
confere c/ o pad: do reg. nesta serventia. Dou fé.

Adelmo Pedrosa da Silva Teles Gomes (Substituto)
Chã Grande, 27 de novembro de 2019. Em test. duy
da verdade.

Válido somente com o selo 00749302.XZH11201901.00749
Emol: R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERN R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91



COMBODEN - ADP - PREVIDÊNCIA S/A

05 MAR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191382/20

Vítima: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE

CPF: 072.118.474-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2019

Titular do CPF: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA JOSE DA SILVA IRMA : 082.272.584-33

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

WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA : 072.118.474-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/07/2020
Nome: MARIA JOSE DA SILVA IRMA
CPF: 082.272.584-33

MARIA JOSE DA SILVA IRMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA