

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 S/A
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

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 S/A
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno 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 Vítimas 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 isquiopubico 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?
 Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não

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

Leve limitação de mobilidade 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"

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.(*)

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Quadril - Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

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(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson José Florencio Junior*
CRM - PE 18.573
TEOT 13921

CPF - 04648138406
CRM - Pernambuco - 18573

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE		
2 - N° do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima: 072.118.474-09	4 - Nome completo da vítima: Welisson 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: Welisson Guilherme Albuquerque de Oliveira		6 - CPF: 072.118.474-09				
7 - Profissão: Levante-re		8 - Endereço: Rua do Sorriso	9 - Número: 64	10 - Complemento:		
11 - Bairro: Era Grande		12 - Cidade: Era Grande	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55636-000		
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (81) 99258-3087				
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:						
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00						
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)						
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 27809 1 <small>(Informar o dígito se existir)</small>		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
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):						
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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						
40 - Local e Data, Era Grande 20/12/19						
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)						
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)						
43 - Assinatura do Procurador (se houver)						

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



333-524970755-2

29/NOV/2019

HORA DF 11:20:14

LOT. 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

DATA 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

COMPRA
COMPREV - CONVENIÊNCIA S/A
05 MAR 2020

PROTÓCOLO
CONCESSIONÁRIO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 25/9/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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 ALBUQUERQUE 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 ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA**

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

WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **SANDRA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA** Pai: **JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **27/6/1985**
Naturalidade: **AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7201662/SDS/PE (RG), 07211847409 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. 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** Mão: **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: **9C2JD2320ER000290**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **GASOLINA**

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

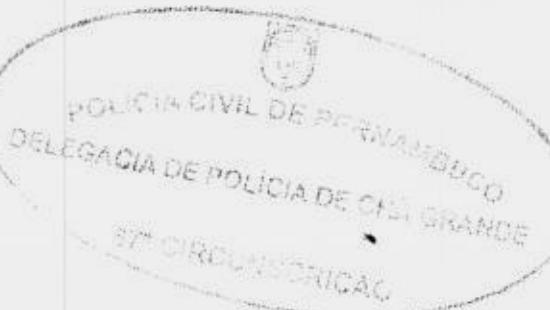
Complemento / Observação

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 Nº 1014646402, CHASSI Nº 9C2JD2320ER000290, PRETA PLACA OYU5797, NA RODOVIA PE 071 NO SENTIDO CHA GRANDE AMARAJI QUANDO O VEICULO QUE VINHA EM SUA FRENT, O QUAL A VITIMA NÃO SABE INFORMAR NEMHUMA CARACTERISTICA, PAROU DE FORMA REPRENTINA, E ELE, VITIMA COLIDIU NO TRASEIRA DO AUTOMOVEL. EM DECORRENTE DESTE FATO A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA DANDO ENTRADA SOB O Nº 29.608 E ID PAC 472808, 22.654, DANDO ENTRADA NAQUELA UNIDADE COM FRATURA NA BACIA CONFORME ENTRADA ACIMA DECRITA, SENDO TRANSFERIDO POSTERIAMENTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARURU,CONFORME COPIA DE TRANFERENCIA . 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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE		
2 - N° do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Welisson Guilherme Albuquerque de Oliveira</i>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012						
5 - Nome completo: <i>Welisson Guilherme Albuquerque de Oliveira</i>		6 - CPF: <i>072.118.474-09</i>				
7 - Profissão: <i>Levante-re</i>		8 - Endereço: <i>Rua do Sorriso</i>	9 - Número: <i>64</i>	10 - Complemento:		
11 - Bairro: <i>Era Grande</i>		12 - Cidade: <i>Era Grande</i>	13 - Estado: <i>PE</i>	14 - CEP: <i>55636-000</i>		
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <i>(81) 99258-3087</i>				
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:						
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00						
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)						
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 27809 1 <small>(Informar o dígito se existir)</small>		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
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):						
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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						
40 - Local e Data, <i>Era Grande 20/12/19</i>						
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)						
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)						
43 - Assinatura do Procurador (se houver)						

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



333-524970755-2

29/NOV/2019

HORA DF 11:20:14

LOT. 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

DATA 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

COMPRA
COMPREV - CONFIANÇA S/A
05 MAR 2020

PROTÓCOLO
CONCESSIONÁRIO

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



SAMU
192

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 18 de Novembro de 2019

Declaro para os devidos fins de comprovação que Wellisson
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 2019, 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 fímbria
e/ou pelvis?

Encaminhado para o Hospital: Geral 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 muralógica, 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 436.222 - ENF

COMPRA DE INFORMAÇÕES SIA

05 MAR 2020

PROTÓCOLO
EMERGÊNCIA PECITE



CELPE

DADOS DO CLIENTE

SIMONY BARROS DE ALBUQUERQUE

CPF: 096 381 014-77 NIS: 16633351152

CLASSIFICAÇÃO

B1 PESIDENTIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO SOSSEGO 64

CHA GRANDE/CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55636-000

DATA CONTRATO	Nº DO DOCUMENTO	PERÍODO
07/11/2019	7025428344	11/2019
14/11/2019	09/12/2019	

VALOR FISCAL: 60,09

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20.000.000	0,18927691	3,78
Consumo Ativo acima de 30 até 100 kWh	70.000.000	0,33133185	25,19
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	15.000.000	0,49665776	15,90
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,75
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,21
Contab. Num. Pública 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 MÊS/ANO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAZ CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2011/12/2019	CAL	2011/12/14	9.673,00	2011/12/14	10.023,00	0	-0,00	-34,99

RESUMO DE CONSUMO		RESUMO DE TRIBUTOS		Consumo Diário (kWh)	
Métrica: kWh		BASE DE CALCULO	%	Valor do Imposto	
NOV19 - 126				Carregamento de Energia	R\$ 22,59 - 45,44%
OUT19 - 124		ICMS		Transmissão	R\$ 1,25 - 2,47%
SET19 - 123		COFINS	46,95	Meio Ambiente (Calor)	R\$ 13,74 - 28,47%
AGO19 - 112			4,60	Perdas de Energia	R\$ 6,32 - 12,65%
SET19 - 111			0,42	Energia Saturada	R\$ 1,54 - 3,07%
JUN19 - 118			1,99	Tributos	R\$ 2,40 - 4,74%
JUL19 - 119				Total	R\$ 46,99 - 100%
AGO19 - 126					
AGO19 - 111					
AGO19 - 112					
AGO19 - 57					
JUN19 - 38					
DEZ19 - 95					
NOV19 - 53					

8780 8C7D 0251 1CF8 1422 E132 AUBB 54F5.

Este documento é de responsabilidade da Companhia de Eletricidade do Pernambuco S.A. (CELEP). Ele não pode ser considerado contrato de fornecimento. Pode ser usado para outras finalidades, como comprovante de consumo ou de débito. O uso de seu conteúdo é sujeito ao disposto na Tarifa Social de Energia Elétrica, que pode ser consultada no site da Companhia: www.celepe.com.br

ACESSO À INFORMAÇÃO
www.celepe.com.br
www.celepe.com.br
www.celepe.com.br
www.celepe.com.br
www.celepe.com.br
www.celepe.com.br

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA				DETALHAMENTO DA TRIBUTAÇÃO	
CONSUMO	VALOR MÉDIO UNITÁRIO	LIMITE MENSAL	LIMITE BIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TAXA DE REFERÊNCIA
INC	0,00	5,95	11,90	22,21	200
INC	0,00	3,26	6,72	13,45	200
DRBC	0,00	3,20	6,00	12,00	200

Último DDM: 10/2020. BEM-ESTAR SOCIAL: Encaminhado ao Gabinete do Deputado Alcides Carneiro - R\$ 22,21

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

COMPREV SISTEMA DE PREVIDÊNCIA S/A

05 MAR 2020

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



CELPE

DESENHO E FOTOGRAFIA: GONÇALO DE MELLO

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Bem Vida, Recife - PE CEP 52065-907
(81) 310.935.800-0001-08 | Fax: (81) 302945-93 | www.cepe.com.br

ANALYZING THE CLIENTE

MONT BARROS DE ALBUQUERQUE

CPF 098 381 014-73 NIS 16833551152

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

RUA DÓ SOSSEGO 64

CHI GRANDE, MA GRANDE
CHI GRANDE PE
55838-100

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUM

CRÉDITO CONTRATO
7025428344 **11/2019**
DATA DE VENCIMENTO
14/11/2019 **09/12/2019**
TOTAL A PAGAR R\$
80,09

• 本報總經理：黃國強 副總編輯：鄒國強

	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	90.000.000	5,79
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70.000.000	29,19
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	51.000.000	15,80
Acrescimo Bancaria AMARELA		0,38
Acrescimo Bancaria VERMELHA		0,79
Correto Ium - Publica Municipal		12,21
Multa por atraso-NF 075822182 - 04/09/19		0,55
Juros por atraso-NF 075822182 - 04/09/19		0,38

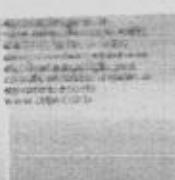
• 100 •

60.02

• 100% SATISFACTION GUARANTEED • 100% MONEY BACK GUARANTEED • 100% EXCELLENT SERVICE

Nº Gô MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W)
801110231	Cat	27/12/2014	5.471,00	27/12/2014	7.022,30	0	- 20000		1.551,40

Este documento é de propriedade da Agência Brasil. Sua circulação, cópia e armazenamento sem autorização escrita da Agência Brasil são crime previsto na lei 10.210/2001 - Lei de Direitos Autorais.



CONSUMO E PRODUÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA				TENSÃO NORMAL (%)	
CONSUMO	VALOR MEDIANO DÍZITOS	LIGEIRA MENOR	LIGEIRA MENOR	ESTÁNDAR	LIGEIRA MAIOR
DAC	0,00	5,00	11,50	22,21	-11,11
FVC	0,00	3,20	6,71	13,45	-6,67
DMC	0,00	3,20	6,00	2,00	-1,00

Revista Brasileira de Encanamento e Saneamento - Rio 22(1) - 2010

COMPRE: [AQUÍ](#) | [INFORMACIÓN](#)

05 MAR 2020

PROTOCOLO



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 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Jose da Silva Irmã
inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.272.584 , 33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Welvinton Guilherme A. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.118.474 , 09
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Welvinton Guilherme Albuquerque de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.318.474 , 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 Lider-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 Solsego</u>	Número:	<u>64</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Era Grande</u>	Cidade:	<u>Era Grande</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55636-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(89) 9258-3087</u>

Local e Data: Era Grande 20/10/19

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
CRESPRO 282618 - f


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



AVALIAÇÃO TERAPIAS MANUAIS

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

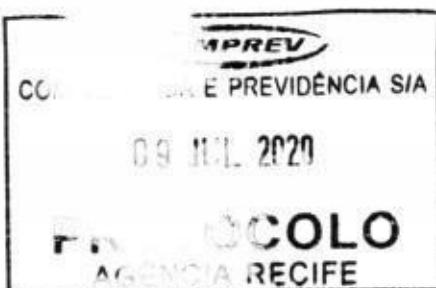
Apresentou sinais e sintomas descrito a seguir: Alteração da sensibilidade e parestesia do lombar e cóccix.

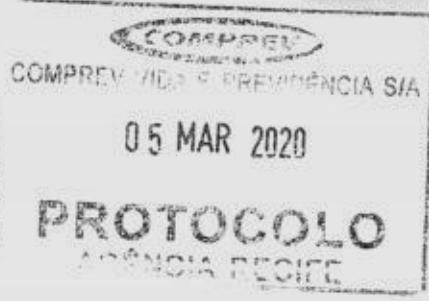
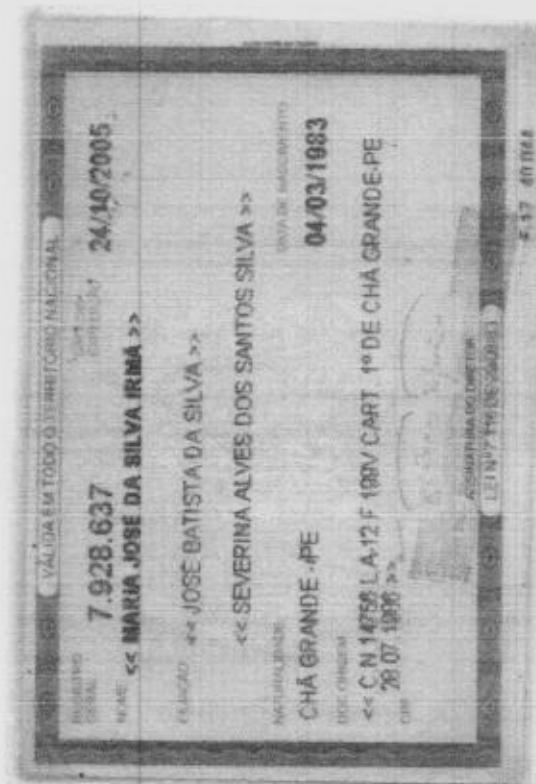
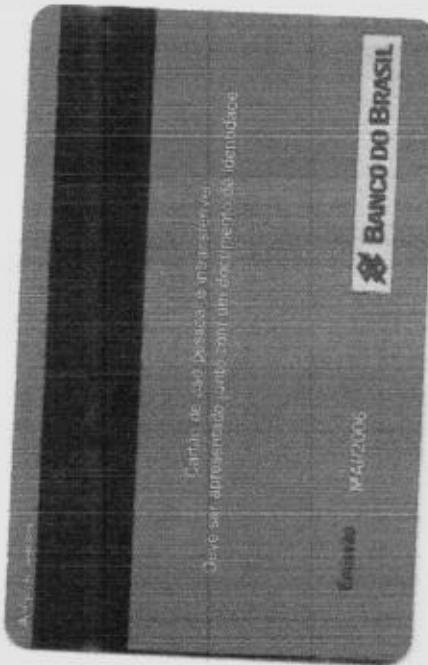
Objetivo do tratamento: Terapias manuais tem como alívios das dores, edemas e reestabilização da sensibilidade do local acometido.

Duração do Tratamento (15 Sessões)

Celia Nascimento
Fisioterapeuta
CREFITO 262618 - f

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







PROTOCOLO
ANEXO A DOCUMENTO
COMPRAR VIDA E OPORTUNIDADE S/A

05 MAR 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN-PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	RNFRC	EXERCÍCIO
1	1014646402	*****	2019

NOME:
NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA

GRAVATA-PE

CPF/CNPJ	PLACA		
02.857.222/0001-50	0YU5797		
PLACA ANT/UE	CHASSI		
*****	9C2JD2220ER000290		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
P/AR MOTOCICLETA	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/NXR125 BROS ES	2012	2014	
CAP/POT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/124CL	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA	VEND. COTA UNICA	VEND. COTAS	
I P	IPVA 2019 QUITADO	12	
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	*****	
A	3	*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IDF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.53	15/05/19
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
<i>Roberto Carlos Moreira Fontelles</i>			
GRAVATA-PE		DATA	
		15/05/19	

Roberto Carlos Moreira Fontelles
REITOR DIRETOR DE TRANSPORTE

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

PE Nº 014669242330 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA

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 1294

EXERCÍCIO	DATA EMISÃO	
2019	15/08/19	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	02.857.222/0001-50	0YU5797
RENAVAM	MARCA / MODELO	
1014646402	HONDA / NXR125 BROS ES	
ANO FAB.	ANO MOD.	NO CHASSI
2013	09	9C2JD2220ER000290
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DETAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
35.05	4.01	40.06
VALOR DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	VALOR TOTAL SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58
X COTA ÚNICA	PGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
	<input type="checkbox"/> PAGUELADO	15/05/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.246.500/0001-04

NAT-2019

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ESTE NÃO É UM DORTE IMPRIMATORTO

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 S/A
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

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 S/A
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valorização 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 SOS/PE, em
15/06/2015 inscrito no CPF sob o nº: 072.118.479-09,
residente: RUA DO SOSSEGO, nº: 69 complemento: CASA,
Bairro: Centro, cidade: CHÁ GRANDE, Estado PE.

2. OUTORGADO: MARIA JOSÉ DA SILVA IRMÃ
portador(a) do documento de identidade nº: 7.928.637, expedido por SOS/PE, em
24/10/2005, inscrito no CPF sob o nº: 082.771.584-33,
residente: RUA DO SOSSEGO, nº: 69 complemento: CASA,
Bairro: Centro, cidade: CHÁ GRANDE, Estado PE.

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

CHÁ GRANDE, 27 de novembro de 2019



OUTORGANTE: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço por Autenticidade a Firma Indicada de
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA que
contare c/ o pedido reg. nessa serventia. Dou fé.
Willy

Admºº Pedro da Silva Telles Gomes (Substituto)
Chá Grande, 27 de novembro de 2019. Em test. Tally
de verdade.

Válido somente com o salvo 0074302.XZH11201901.00743
Emol.: R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERL R\$ 0,40 FERI R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91



COMPROVANTE DE AUTENTICIDADE DA FIRMA

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

WELVISSON GUILHERME

Titular do CPF: 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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA JOSE DA SILVA IRMA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA