



Número: **0064121-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|---|--------------------|
| WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA (AUTOR) | | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) | |
| TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU) | | | |
| PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 74045572 | 25/01/2021 14:39 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.281,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00283-6

CONTA: 000000613466-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1111201305000000000023700283000000613466928125 PAGO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010102204206
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

| | | | |
|-----|--------------|-------|-----------|
| VIA | COO. RENAVAM | RNTIC | EXERCÍCIO |
| 1 | 798954930 | ***** | 2013 |

NOME
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
CHA GRANDE-PE

| | |
|----------------|---------|
| CPF/CNPJ | PLACA |
| 072.118.474-09 | KLC1852 |

| | |
|--------------|-------------------|
| PLACA ANT/UF | CHASSI |
| ***** | 9C2MC35003R111616 |

| | |
|------------------|-------------|
| ESPÉCIE TIPO | COMBUSTÍVEL |
| PAS, MOTOCICLETA | SASOLINA |

| | | |
|-----------------------|---------|---------|
| MARCA/MODELO | ANO FAB | ANO MOD |
| HONDA/CSX 250 TWISTER | 2003 | 2003 |

| | | |
|------------|-----------|------------------|
| CAP/POT/CL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
| 2P/249CL | PARTIC | VERDE |

| | | |
|-------------------|------------------|----------------|
| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | 1ª VENC./COTAS |
| IPVA 2013 QUITADO | ***** | ***** |

| | | |
|------------|--------------------|----------|
| FAIXA IPVA | PARCELAMENTO/COTAS | 2ª ***** |
| A 1 | ***** | 3ª ***** |

| | | | |
|------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÊMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGURO PAGO | - | - | - |

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL
CHA GRANDE-PE
DATA
17/07/13

Maria de Fátima Bezerra R. Costa
Diretora Presidente DETRAN/PE

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

PE Nº 010102204206 BILHETE DE SEGURO DPVAT

| | |
|-----------|------|
| EXERCÍCIO | 2013 |
|-----------|------|

| | |
|----------------|---------|
| CPF / CNPJ | PLACA |
| 072.118.474-09 | KLC1852 |

WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
CHA GRANDE-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

| | | | |
|-----------|------|--------------|----------|
| EXERCÍCIO | 2013 | DATA EMISSÃO | 17/07/13 |
|-----------|------|--------------|----------|

| | | |
|-----|----------------|---------|
| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
| 1 | 072.118.474-09 | KLC1852 |

| | |
|-----------|-----------------------|
| RENAVAM | MARCA / MODELO |
| 798954930 | HONDA/CSX 250 TWISTER |

| | | |
|---------|------------|-------------------|
| ANO FAB | CAT. TARIF | Nº CHASSI |
| 2003 | 09 | 9C2MC35003R111616 |

PRÊMIO TARIFÁRIO

| | | |
|-----------|--------------|-----------------------|
| FNS (R\$) | DETRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| - | - | - |

| | | |
|------------------------|-----------|--------------------------------------|
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) |
| - | - | - |

| | |
|--|------------------|
| PAGAMENTO | DATA DE QUITAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO | - |

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

ESTE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO





Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 531203

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

| | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|
| Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motocicleta/Triciclo | | Placa KLC-1852/PE |
| Nome da Vítima WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA | | Natureza 2 - INVALIDEZ |
| Tipo Sinistrado 3 - Motorista | Data Nascimento 27/06/1985 | CPF da Vítima 072.118.474-09 |
| Tipo de CPF 0 - Possui CPF | | Data Ocorrência 22/07/2012 |

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

- () Certidão Nº 13E0157000527 da autoridade policial sobre a ocorrência;
- () DUT Nº _____ () _____
- () RG e CPF do Sinistrado _____ () _____
- () RG e CPF do(s) Beneficiário(s) _____ () _____

| Beneficiários | | | |
|------------------------------------|-------------|---------|----------------|
| Nome | Tipo Benef. | Vínculo | CPF/CNPJ |
| WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE | Vítima | VITIMA | 072.118.474-09 |

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso de Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).

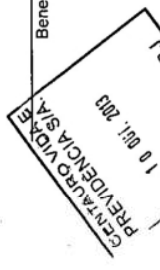
Observações: _____

Nota: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____ Data ____/____/____

Local da Entrega _____ Data ____/____/____


Beneficiário _____ Centauro Vida e Previdência



Atenção:
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Líder, gerado o número Megadala.

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 806 A 808
Centro - Cep: 20031-922
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402
site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ



| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------------|--|
|  | | Registro de Sinistro | | DP.: 111 |
| | | | | Processo: 0000/531203 |
| | | | | Código: 531203 |
| Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO | | Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE | | Sub-Parceiro MR ASSESSORIA |
| BO Nº 13E0157000527 | Data BO 05/08/2013 | DELEGACIA DP 067A - CHA GRANDE | | |
| Placa KLC-1852/PE | Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motocicleta/Triciclo | | IML | |
| Nome da Vitima WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA | | Tipo Sinistrado 3 - Motorista | | Natureza 2 - INVALIDEZ |
| Sexo Sinistrado MASCULINO | Data Nascimento 27/06/1985 | CPF da Vitima 072.118.474-09 | | Data Ocorrência / Hora 22/07/2012 / 17:20 |
| Cidade CHA-GRANDE | UF PE | CEP 55636-000 | Telefones | |
| Email | | | | |
| Qtde. Benef. 1 | Data Óbito | Médico HELBERT | Valor(INVALIDEZ) 0,00 | |
| Beneficiários | | | | |
| Nome CPF | Endereço | Complemento | Vínculo | Renda |
| WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA | 55636-000 RUA TIAGO BARBOSA SOARES 357 | | VITIMA | |
| TRABALHADOR AGROPEC. FLORESTAL, PESCA E | Banco: 237 Banco Bradesco S.A. Ag.: 0283-6 C/P 0613466-1 | | RS DE 1,00 A 1.000,00 | |
| Histórico | | | | |
| Data | Usuário | Situação | | |
| 10/09/2013 19:05:58 | MSA ANNA | Pré-Cadastro não analisado | | |
| 10/09/2013 19:05:18 | MSA ANNA | Pré-Cadastro com restrições | | |
| Detalhes das restrições | | | | |
| FAVOR ENVIAR OS DOCS PENDENTES: LAUDO OU INEXISTÊNCIA DE IML E COMPROVANTE BANCÁRIO (oI resposnado somente a ficha de autorização de pagamento sem o comprovante). | | | | |
| 17/09/2013 16:04:50 | MSA CINTIA | Pré-Cadastro com restrições | | |
| Detalhes das restrições | | | | |
| Pendencia mantida: enviar extrato bancário. | | | | |
| 08/10/2013 19:42:25 | MSA ZULEICA | Pré-Cadastro analisado e aprovado (R) | | |

Atenção :
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Líder, gerado o número Megadata.

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 806 A 808 Centro - Cep: 20031-922
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402
e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 531203 e a data de nascimento 27/06/1985 da vitima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

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

EU, Silviano de Oliveira Albuquerque de Oliveira, EXPEDIDO POR Prêmio PE EM 26/09/12
 PORTADOR(A) DO RG Nº 0562330154 CNP 000000000000000000 PROFISSÃO Atendente
 CPF 0030139474084 INDI 000000000000000000 DO 000000000000000000
 E RENDA MENSAL DE R\$ 2000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Quilwelline A. O. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2017, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

ACTIVIZAREA DE PLĂTIMENTE

5370/01/01

 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FACIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta tipo FUPACA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório das fontes bancárias).

27) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br/);

3) O CPF da conta Informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
_____- AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRASILEIRO
BANCO 237 • AGÊNCIA 0083 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 06132466-1
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL CH²GRANDE-DE DATA 08 / 08 / 12

DATA 08/08/13

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$11.500,00 em caso de morte Valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente. Indenização de até R\$11.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de acidentes previdenciária na lei 11.945/2009). Exemplo de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de indenização, acesse www.dpvatsegurodoctransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DPVAT - RJ



COMPONENTE DE EXERCÍCIO

Nome: RICHARDI Lora 10.296.987/0001-56
Emissão: 02/10/2013 11:42:34
Id. Autenticação (HSP): 10030018212

Operador: 00000152

Lote: 02/10/2013 Hora de Brasília: 11:42

oss Extra do Contá Corrente xxx

LEI 10.296.987/0001-56
EXERCÍCIO DE 02/10/2013 11:42:34

RECEBIMOS
+ CONTRA FOLHA (C/C + POU) 0.42
+ CONTRA DISPONIBIL 0.42

SALDO TOTAL 0.42

SALDO DISP. P/INVEST. 0.42

RECEBIMOS CONTRA FOLHA (C/C + POU)

RECEBIMOS 2013

RECEBIMOS MONTO 1.36

SALDO ANTERIOR 1.36

RECEBIMOS 2013

RECEBIMOS CONTRA FOLHA 2

SALDO 0.00

RECEBIMOS CONTRA FOLHA 2013 210.00

RECEBIMOS CONTRA FOLHA 2013 203.44

RECEBIMOS CONTRA FOLHA 2013 6.14

SALDO TOTAL 0.42

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

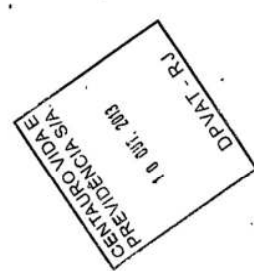
RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS



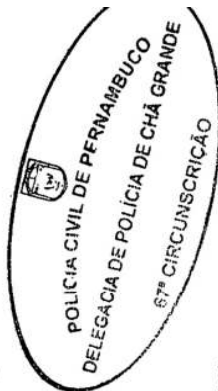
Ag. Bradesco : 283 - CONTRA-FE
Corresp. Banc.: 005 - FOLHA DE RECEBIMOS DO
ASS. 004 - RECEBIMOS Adm. e Financeira: 000464

RECEBIMOS DE SALDOS E REAJUSTOS

MELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

အသိအမှတ်ပြုချက် (၁) အကျဉ်းချုပ်

WELVISSON GUILNERRE
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
(VITINA)

[illegible]

DPVAT - RJ
10 OUT. 2013
CENTAURO VIDAE
PREVIDENCIA S/A

https://doi.org/10.1016/j.jmb.2019.04.014



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



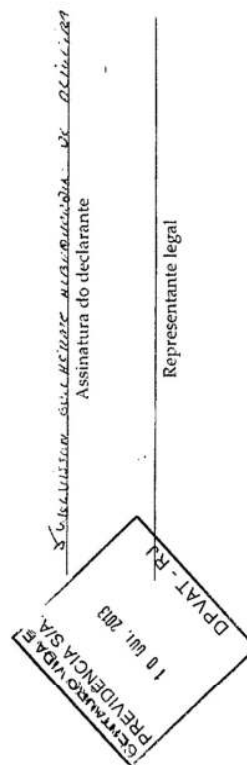
Eu, Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, portador da carteira de identidade nº 3.201.862-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 072.118.434-09, residente e domiciliado na R. Thicagu Paulista nº 357, Estado S. Paulo, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

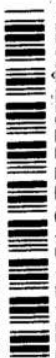
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antônio - PE
Local e data





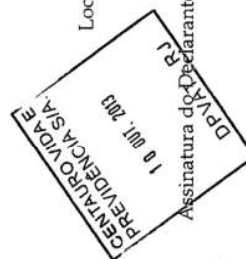
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaelson Guilherme Albuquerque de Oliveira, RG/CTPS/CNH nº 05602370154, data de expedição 26/09/12, Órgão SDS-PE, CPF nº 072.118.434-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|---------------------|--|
| Logradouro | |
| (Rua/Avenida/Praca) | <u>Rua Tiago Barbosa Soares</u> |
| Número | <u>357</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Imbuá</u> |
| Cidade | <u>Ita-grande</u> |
| Estado | <u>Perнамбуco</u> |
| CEP | <u>55036-000</u> |
| Telefone de Contato | |
| E-mail | CONTATOS (81) 349103807 / 3437.8823 (81) 9218.0235 / 3075.6564 (81) 9218.3735 / 8874.8263 |

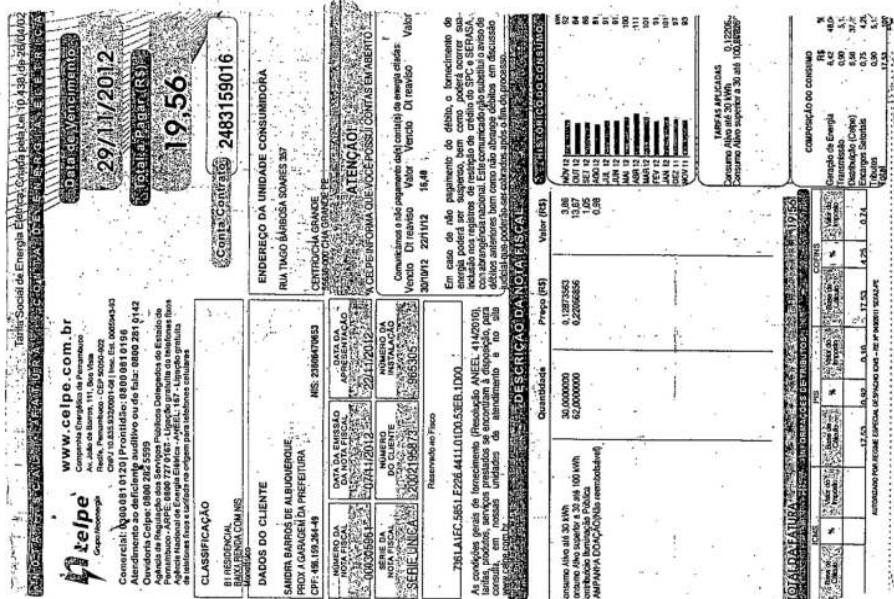
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ita-grande-PE, 08.08.13



Assinatura do Declarante: Rafaelson Guilherme Albuquerque de Oliveira

Representante legal: _____



DPVAT - RJ
1 001. 2013
CENTAURO VIDA E
PREVIDENCIA S/A

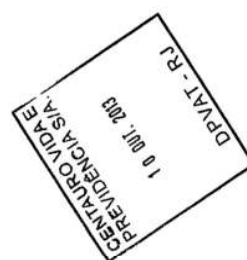


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Welvisson Guilherme Albuquerque de Oliveira, residente na Rua, Tiago Barbosa, Chã Grande, PE filho de Sandra Albuquerque de Oliveira, foi atendido neste Hospital Geral Alfredo Alves de Lima, no dia 22 de julho de 2013, vítima de acidente automobilístico, onde foi examinado pela Drª Jacyara F. Barrocas apresentando multe escoriações em todo o corpo e (MMSS) (MMII) o mesmo refere ter feito cirurgia de coluna tem prótese (platina) p/ hérnia de disco e refere dormência em (MMSS). Trauma de face em região mentoniana contusão de região frontal e afundamento frontal. Medicado e transferido para o Hospital da Restauração senha de nº 4186767; Sem mais para o momento.

Chã Grande 30 de Julho de 2013

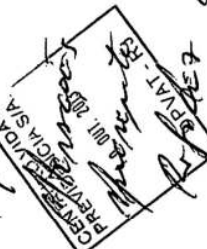
Diretor médico: Dr. Helbert P. Matias
CREMEPE 19431
Dr. Helbert P. Matias
CRM: 19431



Ass: WEF/vison civil/trauma Atendimento de

Olinda

Presente em 20/Julho/2013, por ordem de
ordem de autoridade, no qual deve
TCE com Atendimento Primário e
Presença do Rápido Resposta
Por submissão a tratamento cirúrgico
para correção de fratura de fêmur.
Realizou tratamento cirúrgico com
Implante de placa e parafusos de
Rápido Resposta. No momento
decurso de 72 horas após o trauma,
apresenta de edema e dor no
local de aplicação do implante. Foi
realizado tratamento de suporte
e controle de dor e controle de
infecção no local.



João Ricardo P. Perruci
Trauma - Ortopedia
CRM 7142

—S. M. M.

no seu Pq e "Fratura no Ponto
esquerdo

Costa de ambas representando com
Defect Fracture Line, tip de fratura
de ?

1 TCC com fraturas frontais
e Defect ± 60%

2. Fratura do Ponto de
e Defect Fracture Line
do Ponto de

Assinado 28/08/13

João Ricardo P. Perruci
Trauma - Ortopedia
CRM 1742





DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO *1004037

577293420

577293420

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CPF: 037.118.744-09

DATA DE NASCIMENTO: 25/09/2013

LOCAL DE NASCIMENTO: BRASILEIA DO SUL, RS

ESTADO: RS

PAIS: BRASIL

TIPO: IDENTIFICACAO

VALIDADE: 31/03/2021

DATA DE EMISSAO: 25/09/2013

LOCAL DE EMISSAO: BRASILEIA DO SUL, RS

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DATA: 25/01/2021 14:39:03

LOCAL: BRASILEIA DO SUL, RS

CPF: 037.118.744-09

DATA DE NASCIMENTO: 25/09/2013

LOCAL DE NASCIMENTO: BRASILEIA DO SUL, RS

ESTADO: RS

PAIS: BRASIL

TIPO: IDENTIFICACAO

VALIDADE: 31/03/2021

DATA DE EMISSAO: 25/09/2013

LOCAL DE EMISSAO: BRASILEIA DO SUL, RS

CONTATOS
(81) 3491.0300 / 3491.8823
(81) 8218.0525 / 3073.8564
(81) 8218.3730 / 8874.8263

RENTA VIVA
1.001.203
DPAT - RJ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

| | | |
|---|---|---|
| Número: 2013640465 | Cidade: Chã Grande | Natureza: Invalidez |
| Vítima: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA | Data do acidente: 22/07/2012 | Emissor do parecer: José Artur Fialho Amorim |
| Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A | Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT | CRM do médico: 314742 |

PARECER

| |
|---|
| Data da análise: 24/10/2013 |
| Valoração do IML: |
| Perícia médica: Sim |
| Diagnóstico: POLITRAUMATISMO TCE |
| Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL |
| Sequelas permanentes: |
| Sequelas: |
| Conduta mantida: |
| Quantificação das sequelas: |
| Documentos complementares: |
| Observações: |
| Valor pleiteado: 9.450,00 |
| Médico avaliador: ARTUR |
| UF do CRM do médico: RJ |

DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|----------------------|---|----------|-----------------------------|
| Danos não definidos. | | | |
| | | | Valor avaliado: 0,00 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

| | | |
|--|--|---|
| Número: 2013640465 | Cidade: Chã Grande | Natureza: Invalidez |
| Vítima: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA | Data do acidente: 22/07/2012 | Emissor do parecer: Igor da Silva Bonfim |
| Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A | Prestadora: ACE Gestão de Saúde Ltda. | CRM do médico: 19953 |

PARECER

| | |
|--|--|
| Diagnóstico: | Traumatismo cranioencefálico com afundamento frontal. Fratura distal de rádio esquerdo com envolvimento articular. |
| Descrição do exame médico pericial: | Vítima queixa de cefaleia, tontura, irritabilidade e agressividade. Ao exame: Edema (++/+4), ausência de flexão e rigidez em punho esquerdo e dano cognitivo comportamental. |
| Resultados terapêuticos: | Submetido a tratamento conservador e fisioterapia. |
| Sequelas permanentes: | Dano cognitivo comportamental, déficit funcional em punho esquerdo. |
| Sequelas : | Com sequela |
| Data da perícia: | 01/11/2013 |
| Conduta mantida: | |
| Observações: | |
| Valor pleiteado: | 13.500,00 |
| Médico avaliador: | Andrea Rodrigues Madeira Campos |
| UF do CRM do médico: | PE |

DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|--|-----|----------|-----------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 | 1 | 75 |
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 | 1 | 50 |

Valor avaliado: 9.281,25

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

Informações do Acidente

Sinistro: 2013640465
Nome da Vítima: Welvisson Guilherme
Albuquerque de Oliveira
Local: Chã Grande
Data do Acidente: 22.07.13

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: Traumatismo cranioencefálico com afundamento frontal, submetido a tratamento conservador. Fratura distal de rádio esquerdo com envolvimento articular, submetido a tratamento conservador e fisioterapia.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: Vítima queixa de cefaleia, tontura, irritabilidade e agressividade. Ao exame: Edema (++/+4), ausência de flexão e rigidez em punho esquerdo e dano cognitivo comportamental.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (x) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (x) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.



b) (x) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: Dano cognitivo comportamental, déficit funcional em punho esquerdo.

Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(x) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: Dano cognitivo comportamental

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (x) 50% médio () 75% grave

2ª Lesão: Punho esquerdo

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (x) 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Andrea Rodrigues Madeira Campos

Registro no CRM: 19953

Local do Exame: **Caruaru**

Data do Exame: **01/11/13**

Local e Data

Assinatura do Médico Examinador – CRM





Número: **0064121-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|---|--------------------|
| WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA (AUTOR) | | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) | |
| TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU) | | | |
| PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 74045573 | 25/01/2021 14:39 | ANEXO 2 | Outros (Documento) |

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 ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA 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 |





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

Carta nº 15930947





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

Pag. 01429/01430 - carta_02 - INVALIDEZ

00030715



Carta nº 15938872





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, 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 casualidade: 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(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson Jose Florencio Junior
CRM - PE 18.573
TEOT 13821
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: 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: 8 - Endereço: Rua do Sorrego 9 - Número: 64 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cha Grande 12 - Cidade: Cha 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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 27809 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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 (vai 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: _____

05 MAR 2020
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

PROTOCOLO
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

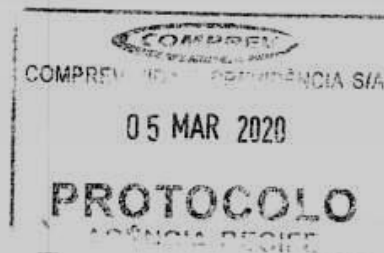
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

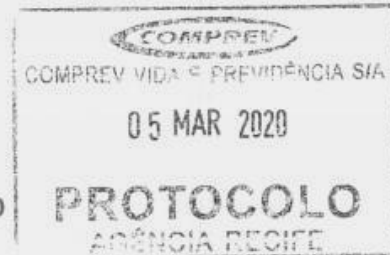
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



333-524970755-2
29/NOV/2019 HORA DE 11:20:14
LOT. 15,011054-5 TERM 053211
LOCALIDADE: CHA GRANDE
AG. VINCULADA: 0943
SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
0943,00027809-1
NOME: NELVISSON 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
10 VIA





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 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 (Consumados) 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

27/11/2019 11:47



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)**

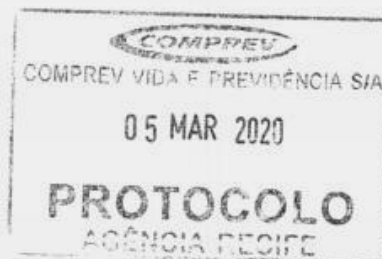
Complemento / Observação

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 NEMHUMA CARACTERISTICA, PAROU DE FORMA REPENTINA, E ELE, VITIMA COLIDIU NO TRASEIRO 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 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: ☐ 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:

Assessoria

8 - Endereço:

Rua do Sorrego

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\$1.00 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 (vai 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:

05 MAR 2020

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Eça Grande 20/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

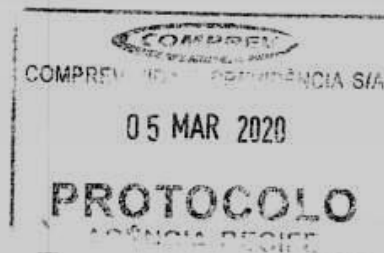
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



333-524970755-2
29/NOV/2019 HORA DE 11:20:14
LOT. 15.011054-5 TERM 053211
LOCALIDADE: CHA GRANDE
AG. VINCULADA: 0943
SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
0943.00027809-1
NOME: NELVISSON 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
10 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 Welverson
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
Isabella Mayara Sousa
CRM-PE 438.222 - ENF





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
 CNPJ 10.935.922/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 SIMONY BARROS DE ALBUQUERQUE

CPF 096.881.014-77 INS 16633351152

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDIA COM N6

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DO SOSSEGO 64

CHS GRANDE CHA GRANDE
 CHA GRANDE DE
 55636-000

| CPF DO CLIENTE | UNICA | DATA DE INÍCIO |
|----------------|-------|----------------|
| 096881014 | UNICA | 07/11/2019 |
| CPF DO CLIENTE | UNICA | DATA DE INÍCIO |
| 096881014 | UNICA | 07/11/2019 |

| 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 20 kWh | 20.000000 | 0.18327691 | 3.67 |
| Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh | 70.000000 | 0.30133185 | 21.10 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 32.000000 | 0.49855179 | 15.96 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0.36 |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA | | | 0.72 |
| Contrib. Illum. Pública Municipal | | | 12.21 |
| Multa por atraso-NF 075922182 - 04/08/19 | | | 0.35 |
| Juros por atraso-NF 075922182 - 04/08/19 | | | 0.38 |
| TOTAL DA FATURA | | | 60.09 |

| RESPONSABILIDADE DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | W DO BRENDO | TPO DA FUNÇÃO | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | W DE CONSUMO | ADJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---|-------------|---------------|------------|----------|------------|----------|--------------|----------|---------------|
| | 0111323 | CLT | 07/10/2019 | 8.472.36 | 07/11/2019 | 7.022.36 | 2 | 1.450.00 | 134.99 |

| PERÍODO DE CONSUMO | PERÍODO DE CONSUMO | PERÍODO DE CONSUMO |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| 01/11/19 | 01/11/19 | 01/11/19 |
| 02/11/19 | 02/11/19 | 02/11/19 |
| 03/11/19 | 03/11/19 | 03/11/19 |
| 04/11/19 | 04/11/19 | 04/11/19 |
| 05/11/19 | 05/11/19 | 05/11/19 |
| 06/11/19 | 06/11/19 | 06/11/19 |
| 07/11/19 | 07/11/19 | 07/11/19 |
| 08/11/19 | 08/11/19 | 08/11/19 |
| 09/11/19 | 09/11/19 | 09/11/19 |
| 10/11/19 | 10/11/19 | 10/11/19 |
| 11/11/19 | 11/11/19 | 11/11/19 |
| 12/11/19 | 12/11/19 | 12/11/19 |
| 01/12/19 | 01/12/19 | 01/12/19 |
| 02/12/19 | 02/12/19 | 02/12/19 |
| 03/12/19 | 03/12/19 | 03/12/19 |
| 04/12/19 | 04/12/19 | 04/12/19 |
| 05/12/19 | 05/12/19 | 05/12/19 |
| 06/12/19 | 06/12/19 | 06/12/19 |
| 07/12/19 | 07/12/19 | 07/12/19 |
| 08/12/19 | 08/12/19 | 08/12/19 |
| 09/12/19 | 09/12/19 | 09/12/19 |
| 10/12/19 | 10/12/19 | 10/12/19 |
| 11/12/19 | 11/12/19 | 11/12/19 |
| 12/12/19 | 12/12/19 | 12/12/19 |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL |
|--|--|--|
| Consumo Ativo até 20 kWh | Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh | Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | Acrescimo Bandeira VERMELHA | Contrib. Illum. Pública Municipal |
| Multa por atraso-NF 075922182 - 04/08/19 | Juros por atraso-NF 075922182 - 04/08/19 | |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL |
|--|--|--|
| Consumo Ativo até 20 kWh | Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh | Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | Acrescimo Bandeira VERMELHA | Contrib. Illum. Pública Municipal |
| Multa por atraso-NF 075922182 - 04/08/19 | Juros por atraso-NF 075922182 - 04/08/19 | |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL |
|--|--|--|
| Consumo Ativo até 20 kWh | Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh | Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | Acrescimo Bandeira VERMELHA | Contrib. Illum. Pública Municipal |
| Multa por atraso-NF 075922182 - 04/08/19 | Juros por atraso-NF 075922182 - 04/08/19 | |

COMPREV
 COMPREV - COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA S/A
 05 MAR 2020
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

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





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.935.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SIMONY BARROS DE ALBUQUERQUE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO SOSSEGO 64CHÁ-GRANDE CHA GRANDE
55638-000

CPF 036 381 014-77 INS 16633351152

CLASSIFICAÇÃO
21 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS

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

| CPF DO CLIENTE | CPF DO CLIENTE | Nº DA IDENTIFICAÇÃO |
|----------------|----------------|---------------------|
| 03638101477 | 03638101477 | 0711/2019 |
| 03638101477 | 03638101477 | 0711/2019 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | QUANTIDADE | PREÇO UNITÁRIO | VALOR UNITÁRIO |
|--|-------------|----------------|----------------|
| Consumo Ativo até 20 kWh | 90,00000000 | 0,19927891 | 17,93 |
| Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh | 70,00000000 | 0,30133185 | 21,09 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,00000000 | 0,49988776 | 0,00 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0,36 |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA | | | 0,79 |
| Contrib. Rum. Pública Municipal | | | 12,21 |
| Multa por atraso-NF 079922182 - 04/09/19 | | | 0,35 |
| Juros por atraso-NF 079922182 - 04/09/19 | | | 0,38 |
| TOTAL DA FATURA | | | 60,09 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | Tipo da Função | DATA | ANTERIOR | LEITURA | DATA | ATUAL | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|-----------|--------|---------------|
| 80113623 | CA1 | 27-10-2019 | 6.870,36 | 6.870,36 | 27-11-2019 | 7.042,20 | 7.042,20 | 31 | 1.000,00 | | 1.000,00 |

| PERÍODO DE CONSUMO | INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS | DESCRIÇÃO DE TENDÊNCIAS |
|--------------------|---------------------------|--|
| NOV 19 - 199 | | Consumo Ativo até 20 kWh |
| OUT 19 - 138 | | Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh |
| SET 19 - 153 | | Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh |
| AUG 19 - 119 | | Consumo Ativo superior a 220 até 440 kWh |
| JUL 19 - 111 | | Consumo Ativo superior a 440 até 660 kWh |
| JUN 19 - 114 | | Consumo Ativo superior a 660 até 880 kWh |
| MAY 19 - 128 | | Consumo Ativo superior a 880 até 1.100 kWh |
| ABR 19 - 170 | | Consumo Ativo superior a 1.100 até 1.320 kWh |
| MAR 19 - 142 | | Consumo Ativo superior a 1.320 até 1.540 kWh |
| FEB 19 - 57 | | Consumo Ativo superior a 1.540 até 1.760 kWh |
| JAN 19 - 35 | | Consumo Ativo superior a 1.760 até 1.980 kWh |
| DEZ 19 - 95 | | Consumo Ativo superior a 1.980 até 2.200 kWh |
| NOV 18 - 53 | | Consumo Ativo superior a 2.200 até 2.420 kWh |

8700 8C1D 6251 1CF8 1423 B132 A0B6 54F5

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

| CONSUMO | VALOR | LIMITE | LIMITE | LIMITE |
|---------|-------|--------|--------|--------|
| CONSUMO | VALOR | LIMITE | LIMITE | LIMITE |
| CONSUMO | VALOR | LIMITE | LIMITE | LIMITE |

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO S/A

05 MAR 2020

PROTOCOLO

ANÁLISE DE RISCO





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 irmã

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 invalidadez da Vitima 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

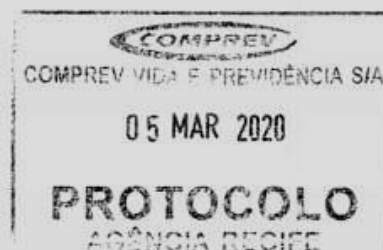
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

| | | |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua do Sossego</u> | Número: <u>64</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Eça Grande</u> | Cidade: <u>Eça Grande</u> | Estado: <u>PE</u> |
| E-mail: _____ | CEP: <u>55636-000</u> | Tel. (DDD): <u>849.9258-3087</u> |

Local e Data: Eça Grande 20/12/19

Maria Jose da Silva irmã
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



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
CREFTO 282618 - F

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.

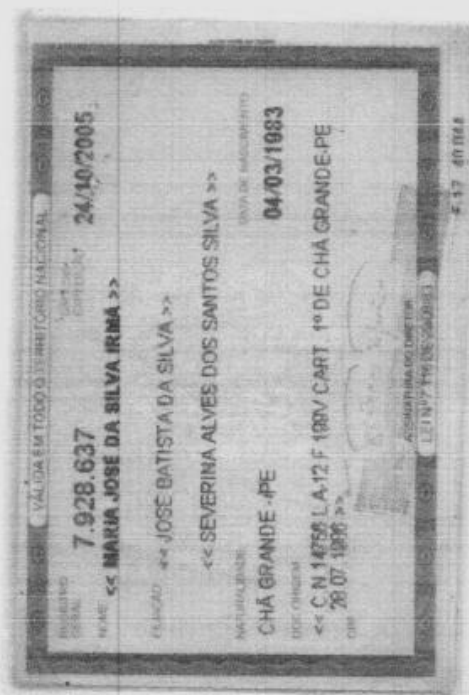
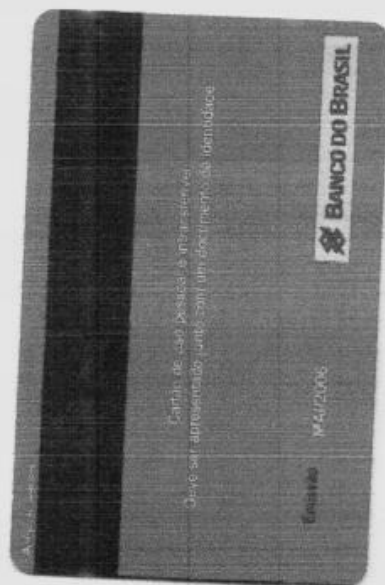
Objetivo do tratamento: Terapias manuais tem como alívios das dores, edemas e reestabilização da sensibilidade do local acometido.

Duração do Tratamento (15 Sessões)

Celia Nascimento
Fisioterapeuta
CREFITO 262618 - f

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CADERNÃO NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME: MELVISON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 7901862 RDS PE

CPF: 072.119.474-09 DATA NASCIMENTO: 27/06/1965

PLACAO: JOSE RODRIGUES DE OLIVEIRA
 SANDRA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ☒ ACZ: ☒ CAC: ☒ AD: ☒

Nº REGISTRO: 05502376154 VALIDADE: 08/04/2020 PROROGACAO: 25/09/2012

OBSERVAÇÕES:
 A
 Exerce Ativ Remunerada

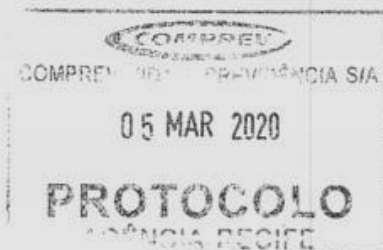
LOCAL: GRAVATA - PE DATA EMISSAO: 15/06/2015

34264495789
 PRO65937732

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1103674689

PROBIBIÇÃO PLASTIFICAR
 1103674689



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014669242330

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

NOME
NORDESTE IRMAOS OLIVEIRA LTDA

GRAVATA-PE

CPF/CNPJ 02.857.222/0001-50 PLACA OYU5797

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

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINE

MARCA/MODELO HONDA/NXR125 BROS ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTA UNICA

IPVA 2019 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 ID (R\$) 0.22 PREMIO TOTAL (R\$) 80.33 DATA DE PAGAMENTO 15/05/19

SEM RESERVA

Observações

GRAVATA-PE 15/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

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.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/08/19

VIA 1 CPF/CNPJ 02.857.222/0001-50 PLACA OYU5797

RENAVAM 1014646402 MARCA/MODELO HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB 2013 ANO MOD 09

CHASSI 9C2JD2320ER000290

PREMIO TARIFARIO

| | | |
|------------------------|-------------|---------------------------|
| INS (R\$) | DENAT (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 36.05 | 4.01 | 40.06 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | ID (R\$) | TOTAL PREMIO SEGURO (R\$) |
| 4.15 | 0.22 | 84.58 |

DATA DE QUITAÇÃO 15/05/19

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.348.820/0001-94

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

COMPREV VIDA E OBRIGATORIO S/A

05 MAR 2020

PROTOCOLO

ASSINADO ELETRONICAMENTE

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

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: 072.118.474-03,

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 imprudência.

CHÃ GRANDE, 27 de NOVEMBRO de 2019

OUTORGANTE: X WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

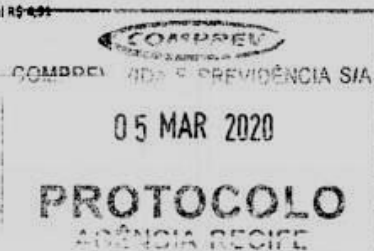


(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA que
comparece c/ o pad: 80 reg. nesta serventia. Dou fé.

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

Válido somente com o selo 0074302.XZH11201901.00743
Emol: R\$ 3,59 TSNA R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERRA R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,81



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191382/20

Vítima: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE

CPF: 072.118.474-09

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

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

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

