



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
74045 572	25/01/2021 14:39	<u>ANEXO 1</u>	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

BRADESCO1112013050000000002370028300000613466928125 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514390325500000072576944>
Número do documento: 21012514390325500000072576944

Num. 74045572 - Pág. 1

DUT 100032

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 010102204206
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COO RENAVAM	RNTRC	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		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS MOTOCICLETA	gasolina		
MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD	
HONDA/CBX 250 TWISTER	2003	2003	
CAP/POT/OL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/249CL	PARTIC	VERDE	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
I	IPVA 2013 QUITADO	1 ^o *****	
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	
A	1 ^o *****	3 ^o *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO		-	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA		/Assinatura do dirigente	
LOCAL		DATA	
CHA GRANDE-PE		17/07/13	
Maria de Fátima Bezerra R. Costa Diretora Presidente DETRAN/PE			





Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 531203

Na forma do disposto, na resolução N° 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	Placa	
09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	KLC-1852/PE	
Nome da Vítima		
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA		Natureza
Tipo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF
3 - Motorista	27/06/1985	0 - Possui CPF

Em cumprimento ao item 10 da resolução N° 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

<input type="checkbox"/> Certidão N° 13E0157000527	da autoridade policial sobre a ocorrência;				
<input type="checkbox"/> DUT N°	() _____				
<input type="checkbox"/> RG e CPF do Sinistrado	() _____				
<input type="checkbox"/> RG e CPF dos(s) Beneficiário(s)	() _____				
Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt. Nasc.	CEP	
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE	Vítima	VITIMA	27/06/1985	55636-000	072118.474-09
CPF/CNPJ					

Declaro termos ter recebido a via original do presente Aviso do 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(dias) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

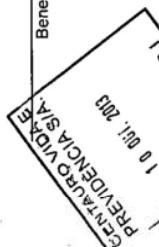
Local da Entrega _____

Data _____/_____/_____

Beneficiário _____

Data _____/_____/_____

Centaurinho 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 Lider, gerado o número Megadada.

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-r@centauroseg.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

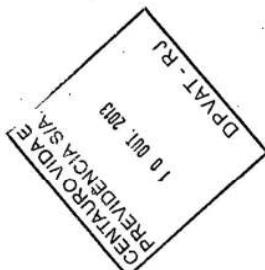
I DATA E LOCAL DO FATO ACIMA MENCIONADO, MOMENTO QUE COLIDIU COM UM CACHORRO DUG ATIVAVAMOS, O S
ITEM REFERENCIADO, NO PRESENTE DIA SEM VEHICULO, SEMPRE A COLETA EM TELA A VITIMA FORA SOCORRIDA PARA O
HOSPITAL LOCAL DESSA CIDADE POR UMA AMBULATIVA E DEPOIS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTA AURAGAO
EM RECIFE, OUTROSSE, A VITIMA DEIXOU QUE SOFRESSE AS SEGUINTESE LEDES FALOVENTES DO ACIDENTE:
ESCORACOES EM TUDO O CORPO, CURVAGA DE COLUNA TEM PROTESE (PLATINA) PASSA NEIRA DE DISCO, TRAUMA DE
FACE EM REGIAO MENTONIANA, CONTUSAO DE REGIAO FRONTAL E AFUNDAMENTO FRONTAL.

YECUSSON... GUILHERME... ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA... D.C. GLICERIA

Assinatura (s) feita(s) por(s) presente(s) nessa unidade policial

YVES GUILHERME
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
(Firma)

3.º O. (Assinatura) Padrão previsto: 9037100 J037100 - protocolo: 273537-3



https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514390325500000072576944
Número do documento: 21012514390325500000072576944

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

CERTIDAO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



Eu, Reinaldo Henrique Bittencourt da Glória, portador da carteira de identidade nº 3201 262 565.75 e inscrito no CPF/MF sob o nº 022.112.424-09, residente e domiciliado na R. Thucydi Budape 557 Centro, Cidade João - RN, Estado Rio Grande do Norte, 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:

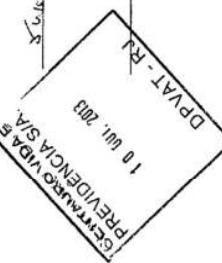
Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa)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

Com o objetivo de permanecer o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidade 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 discordar do seu conteúdo.

Reinaldo Henrique Bittencourt da Glória

Local e data



Assinatura do declarante

Representante legal





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, Morador fixo da residência,
RG/CTPS/CNH n. 05602370154, data de expedição 26/09/2022,
Órgão SDS-Pe, CPF nº 022.128.434-09, venho perante a este
instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome,
sendo certo e verdadeiro que residí no endereço abaixo descrito seguindo, em
anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

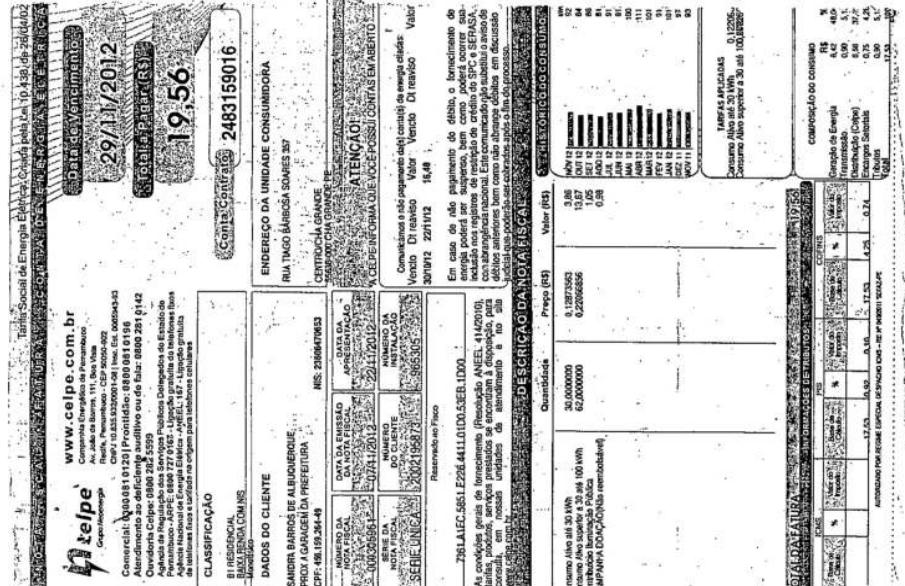
Logradouro							
(Rua/Avenida/ Praça)	<u>Rua Tiago Barbosa Soares</u>						
Número	<u>357</u>						
Apto / Complemento							
Bairro	<u>Quintas</u>						
Cidade	<u>Olá - Grande</u>						
Estado	<u>Pernambuco</u>						
CEP	<u>55636-000</u>						
Telefone de Contato							
E-mail	<table border="1"> <tr> <td>UNIATOS</td> <td>CONTATOS</td> </tr> <tr> <td>(81) 9219-0525 / 9218-3735</td> <td>(81) 9219-0525 / 3075-6564</td> </tr> <tr> <td>/ 9218-3735 / 9218-8263</td> <td>(81) 9218-3735 / 8874-8263</td> </tr> </table>	UNIATOS	CONTATOS	(81) 9219-0525 / 9218-3735	(81) 9219-0525 / 3075-6564	/ 9218-3735 / 9218-8263	(81) 9218-3735 / 8874-8263
UNIATOS	CONTATOS						
(81) 9219-0525 / 9218-3735	(81) 9219-0525 / 3075-6564						
/ 9218-3735 / 9218-8263	(81) 9218-3735 / 8874-8263						

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olá GRANDE-PE, 08.08.13
Assinatura do Declarante: Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
Data: 08/08/2023

Representante legal:





www.celpe.com.br
Companhia Energetica de Pernambuco
Av. João da Barra, 111, CEP 50010-000
Recife - Pernambuco - CEP 50010-000

CONTATO
(81) 3491-0360 / 3431-8823
(81) 9219-0525 / 3735-3075
(81) 9216-3735 / 8814-6384
6263



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251439032550000072576944>
Número do documento: 2101251439032550000072576944

Num. 74045572 - Pág. 11

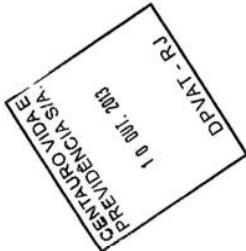


DECLARAÇÃO

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

Chã Grande 30 de Julho de 2013

Diretor médico: Dr. Helbert P. Matias
CRM: 19431
CREF/MEPE: 19431
Dr. Helbert P. Matias



Dr. João Ricardo Pontes Perruci - CRM 7142
Foto: *Weslleyne* *Almeida*
Olhos

João Ricardo P. Perruci
Trauma - Ortopedia
CRM 7142

Presente em 20/07/2013, para atender ao
pedreiro de 2000 calçadas que está no
TCT da Avenida Aracaju, na
próxima do Patis Brasil, expondo
que desprendeu a protuberância craniana

para concurso de Arquitetura & Urbanismo,
necessita de tratamento endocrinológico com
glicocorticoide, quando para fins de
reduzir sintomas expondo, no documento
acrescenta de fortes dor de cabeça,
perda de peso e exantemas cutâneos,
pedreiro do Condomínio São Luís,
morador da Rua 100, nº 100, no bairro
Patis Brasil, no Patis São Luís.

João Ricardo P. Perruci
Trauma - Ortopedia
CRM 7142



1º) Tive fissura braquio no braço
esquerdo

este secahei deputivei com
deficit braquio seu, qd deu
de?

1- TCC em braquio e traseiro
qd deput + 60K

2- Fratura do radio distal e se
qd deput braquio t com
do braço braço

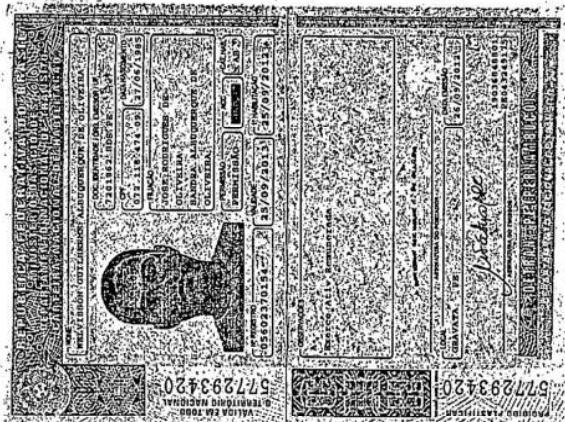
Brusque 28/08/13

João Ricardo P. Perruci
Traum - Ortoped
CRM 7342

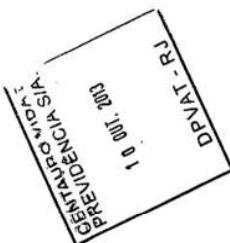


104037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



(81) 346-0360 3431-8923
(81) 2216-0525 / 3078-8564
(81) 9216-3736 / 9874-6263



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Data da análise: 24/10/2013**Valorização 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:**

DANOS

Dano

% Dimensão Graduação

Danos não definidos.

Valor avaliado: 0,00

file:///C:/Users/juliana.afonso/Desktop/PASTA/PARECER%20DE%20ANÁLISE%20... 19/01/2021



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514390325500000072576944>
 Número do documento: 21012514390325500000072576944

Num. 74045572 - Pág. 16

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 crânioencefálico com afundamento frontal. Fratura distal de rádio esquerdo com envolvimento articular.

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

pericial:

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:

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

file:///C:/Users/juliana.afonso/Desktop/PASTA/PARECER%20DE%20PERÍCIA%20... 19/01/2021



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514390325500000072576944>
 Número do documento: 21012514390325500000072576944

Num. 74045572 - Pág. 17

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

Informações do Acidente

Sinistro: 2013640465

Nome da Vítima: Welvissen 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?

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: Não Sim.

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

b) Exames Complementares: 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(es) 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 integra 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 Medico: Andree 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
74045 573	25/01/2021 14:39	<u>ANEXO 2</u>	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 Apresenta leve limitação de mobilidade articular do quadril esquerdo, com perda de 20% da extensão e de 15% da
físico: 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, contados 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

00020196




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?

(X) Sim () Não

V. Existe sequelas (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 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias *(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 Jose 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 072.118.474-09 | 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 LÉGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Welisson Guilherme Albuquerque de Oliveira	6 - CPF: 072.118.474-09		
7 - Profissão: Professor	8 - Endereço: Rua do Sossego	9 - Número: 69	10 - Complemento:
11 - Bairro: Chá Grande	12 - Cidade: Chá Grande	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (81) 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:

<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: 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)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 27809 Dígito: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Le. 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 (ve/nascer)? Sim Não | 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:

Welisson Guilherme Albuquerque de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: IMPRENSA E PRESTÊNCIA SIA
CPF: 05 MAR 2020

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF: PROTOCOLO

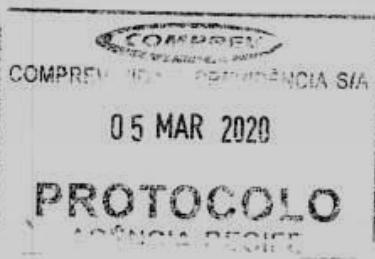
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS





333-524970755-2
29/NOV/2019 HORA DF 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
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA
DEIA LIMITE SALDO
21/11 1,33 C
25/11 2,77 C
27/11 4,54 C
RESUMO EM 28/11
SALDO 8,64
RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO DISPONIVEL 8,64 C
SALDO TOTAL 8,64 C
333-524970755-2
1ª VIA





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0157000946

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

Completa 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: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1, PE 071** - Bairro: **ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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: **Esquerda**
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

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: **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 FRETE, O QUAL A VITIMA NÃO SABE INFORMAR NEMHUMA CARACTERISTICA, PAROU DE FORMA REPRENTINA, E ELE, VITIMA COLIDIU NO TRASEIRA DO AUTOMOVEL. EM DECORRENCA 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 TRANSFERENCIA . DIANTE DESTE FATO PROCURA ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

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

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



07/11/2019 11





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:

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 LÉGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

15 - E-mail:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Le. 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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

Sim Não

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Não

Vivos: Falecidos:

nascimento (vai nascer)?

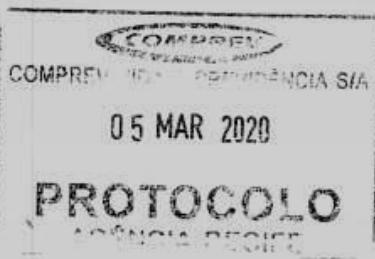
Sim

Não

Vivos: Falecidos:



333-524970755-2
29/NOV/2019 HORA DF 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
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA
DEIA LIMITE SALDO
21/11 1,33 C
25/11 2,77 C
27/11 4,54 C
RESUMO EM 28/11
SALDO 8,64
RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO DISPONIVEL 8,64 C
SALDO TOTAL 8,64 C
333-524970755-2
1ª VIA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000027809-1

Nr. da Autenticação 9AF225DB17A5537F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514390379700000072576945>
Número do documento: 21012514390379700000072576945

Num. 74045573 - Pág. 13



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 12h10 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 e fratura de fíbula
e/ou pelve?

Encaminhado para o Hospital: Geral Alfredo Alves De Lima.

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

Removido para o hospital de referência: _____.

Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Avaliação clínica e neurológica, protocolo
de trauma e oxigenoterapia.

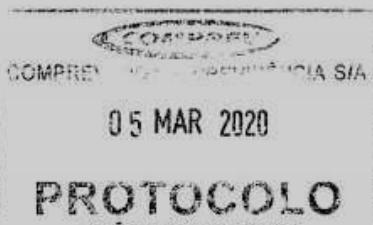
Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De S. Macêdo

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE


Isabella Mayara Sousa
CRM-PE 138.222 - ENF





NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bauru, Recife - PE, CEP 5055-002
CNPJ 10.025.002/0001-09 | Inscrição Estadual: 0005843-93 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SIMONY BARROS DE ALBUQUERQUE

CPF: 098.861.014-77 NIS: 16633351152

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM N6ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO SOSSEGO 64CHA GRANDE/CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55636-000

DATA	LEITURA	DATA
03/09/2019	UNCA	01/11/2019
07/11/2019	2016823148	06/09/19
07/11/2019	2016823148	06/09/19

DATA CONTRATO	MES/ANO
7025428344	11/2019
14/11/2019	09/12/2019
	60,09

DETALHADO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo: 89.35 kWh	29.0000000	0,18527691	5,39
Consumo Ativo: 100.000 kWh	70.0000000	0,30135185	21,19
Consumo Ativo: superior a 100.000 kWh	12.0000000	0,40000078	4,80
Acréscimo Bancaria AMPERA			0,06
Acréscimo Bancaria VERMELHA			0,72
Contribuição Pública Municipal			2,21
Multa por atraso-NF 0759221162 - 04/09/19			0,95
Juros por atraso-NF 0759221182 - 04/09/19			0,38

TOTAL DA FATURA

60,09

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÉDICO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	DATA	VIDE CONSTANTE DAS	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
301113223	CAT	07/10/2019	8.674,00	27/11/2019	10.322,00	0	0,00	0,00	164,00

DETALHADO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		DETALHAMENTO	
MES/ANO		BASE DE CALCULO	%	VALOR DO DESPESA	DETALHAMENTO
NOV/19 - 100				0,00	0,00
OUT/19 - 124		ICMS		0,00	0,00
SET/19 - 132		COFINS	46,65	4,65	0,00
NOV/19 - 112			4,25	0,00	0,00
DEZ/19 - 111					0,00
AN/19 - 118					0,00
MAR/19 - 126					0,00
ABR/19 - 115					0,00
MAY/19 - 142					0,00
JUN/19 - 37					0,00
JUL/19 - 36					0,00
DEZ/19 - 95					0,00
NOV/19 - 53					0,00

8780 6370 6351 10CF0 1423 E132 A086 54F5

Este documento é de responsabilidade da Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE). Ele não pode ser reproduzido, divulgado ou alterado sem a autorização da Companhia. Caso seja suspeita de fraude, deve ser encaminhado ao Ministério Público ou à autoridade competente. A Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE) não é responsável por quaisquer danos ou perdas que possam ocorrer devido ao uso indevido ou ao não cumprimento das regras de uso de dados contidos neste documento.

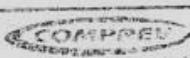
Este documento é de responsabilidade da Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE). Ele não pode ser reproduzido, divulgado ou alterado sem a autorização da Companhia. Caso seja suspeita de fraude, deve ser encaminhado ao Ministério Público ou à autoridade competente. A Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE) não é responsável por quaisquer danos ou perdas que possam ocorrer devido ao uso indevido ou ao não cumprimento das regras de uso de dados contidos neste documento.

Este documento é de responsabilidade da Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE). Ele não pode ser reproduzido, divulgado ou alterado sem a autorização da Companhia. Caso seja suspeita de fraude, deve ser encaminhado ao Ministério Público ou à autoridade competente. A Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE) não é responsável por quaisquer danos ou perdas que possam ocorrer devido ao uso indevido ou ao não cumprimento das regras de uso de dados contidos neste documento.

Este documento é de responsabilidade da Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE). Ele não pode ser reproduzido, divulgado ou alterado sem a autorização da Companhia. Caso seja suspeita de fraude, deve ser encaminhado ao Ministério Público ou à autoridade competente. A Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE) não é responsável por quaisquer danos ou perdas que possam ocorrer devido ao uso indevido ou ao não cumprimento das regras de uso de dados contidos neste documento.

Este documento é de responsabilidade da Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE). Ele não pode ser reproduzido, divulgado ou alterado sem a autorização da Companhia. Caso seja suspeita de fraude, deve ser encaminhado ao Ministério Público ou à autoridade competente. A Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE) não é responsável por quaisquer danos ou perdas que possam ocorrer devido ao uso indevido ou ao não cumprimento das regras de uso de dados contidos neste documento.

Este documento é de responsabilidade da Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE). Ele não pode ser reproduzido, divulgado ou alterado sem a autorização da Companhia. Caso seja suspeita de fraude, deve ser encaminhado ao Ministério Público ou à autoridade competente. A Companhia Energética de Pernambuco (CELEPE) não é responsável por quaisquer danos ou perdas que possam ocorrer devido ao uso indevido ou ao não cumprimento das regras de uso de dados contidos neste documento.


COMPREVE ADEQUADA DIVERSIDADE S/A

05 MAR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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





NOTA FISCAL - FATURA - FONTE DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João da Barra, 111, Bixiga, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.825.932/0001-09 | Inscrição Estadual: 0005943-93 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SIMONY BARROS DE ALBUQUERQUE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO SOSSEGO 64

CPF: 096.381.014-77 NIS: 1663351152

CHÁ GRANDE/CHÁ GRANDE
CHÁ GRANDE PE
55636-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTRATO	PERÍODO
7025428344	11/2019
DATAS DE REFERÊNCIA	
14/11/2019	09/12/2019
TOTAL APRESENTADO	80,09

092695409 UNICA 07/11/2019

07/11/2019 2015623149 265560

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 35 kWh	50.000,0000	0,19527891	9,76
Consumo Ativo superior a 35,00000000 a 100 kWh	70.000,0000	0,20135185	29,19
Consumo Ativo superior a 100,00000000 a 220 kWh	22.000,0000	0,49899778	10,90
Acréscimo Bancaria AMARELA			0,06
Acréscimo Bancaria VERMELHA			0,78
Contrib. Rum. Pública Municipal			1,21
Multa por atraso-NF 0759221182 - 04/09/19			0,55
Juros por atraso-NF 0759221182 - 04/09/19			0,38

TOTAL DA FATURA

60,09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNDÇÃO	ANTIGORIAS	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W.H)
3011120231	CAT	07/11/2019	5.673,00	27/11/2019	7.032,00	7	-	-	144.00

ESTADO DE CONSUMO		DE CONSUMO DE TENSÃO		CONSUMO	
MÉDIA (W.H)		BASE DE CALIBRAÇÃO	%	VALOR DE DEPÓSTO	GERAÇÃO DE ENERGIA
NOV/19 - 100		ICMS	0,00	0,00	11,71 - 0,00%
OUT/19 - 120		ICMS	0,00	0,00	2,20 - 0,00%
SET/19 - 132		ICMS	0,00	0,00	13,74 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	9,02 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,24 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	2,46 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 110		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 111		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 114		ICMS	0,00	0,00	1,40 - 0,00%
NOV/19 - 128		ICMS	0,00	0,00	



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, APPLICATE 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

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

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Welverson 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:

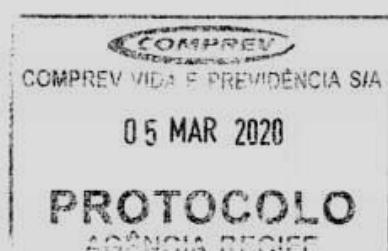
Recuso informar

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>Ema Grande</u>	Cidade:	<u>Ema Grande</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55636-000</u>
E-mail:	<u>1809.9258-3087</u>			

Local e Data: Ema Grande 20/12/19

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514390379700000072576945>
Número do documento: 21012514390379700000072576945

Num. 74045573 - Pág. 17

AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

Do Sr.º Welvissen 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)

Cella Nascimento
Fisioterapeuta
CRESP/PE 242618 - f


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



AVALIAÇÃO TERAPIAS MANUAIS

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

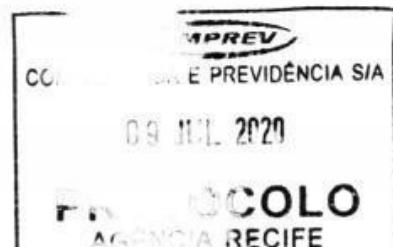
Apresentou sinais e sintomas descrito a seguir: Alteração da sensibilidade e parestesia do lombar e cóccix.

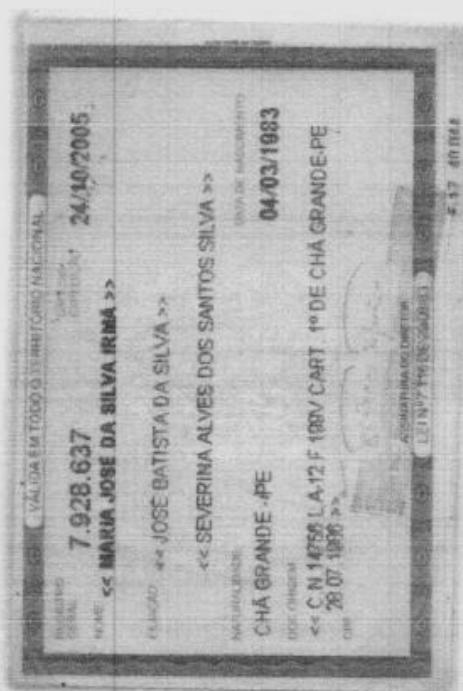
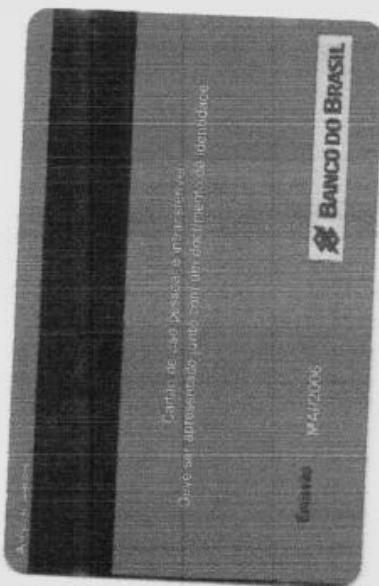
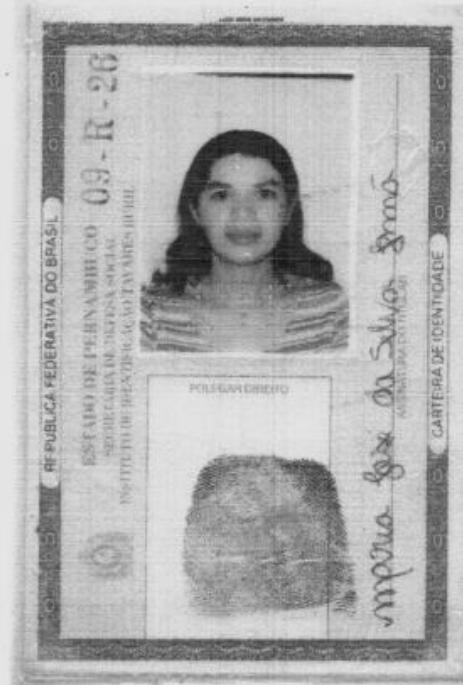
Objetivo do tratamento: Terapias manuais tem como alívios das dores, edemas e reestabilização da sensibilidade do local acometido.

Duração do Tratamento (15 Sessões)

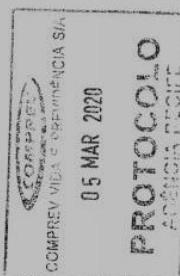
Celia Nascimento
Fisioterapeuta
CREFITO 262618 - f

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









05 MAR 2020

PROTÓCOLO
AGENZIA JUSTICE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

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

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

NOME: NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA

GRAVATA-PE

CPF/CNPJ	PLACA
02.857.222/0001-50	0YU5797
PLACA ANT/UF:	CHASSI
*****	9C2JD220ER000290

ESPECIE TIPO: COMBUSTÍVEL: GASOLINA

PAS: MOPED/CICLÉTA MARCA/MODELO: HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2014

CAP/POV/CR: CATEGORIA: C0/PNEU/COMBUSTÍVEL: PRETA

COTA UNICA: VENC. COTA UNICA: VENC/COTAS: 15/05/19

IPVA 2019: QUITADO

FAIXA IPVA: PREÇALAMENTO/COTAS: 21/05/19

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 35,05

IOF (R\$): 0,32

PREÇO TOTAL (R\$): 35,37

DATA DE PAGAMENTO: 15/05/19

SEM RESERVA

Observações: Roberto Fontelles

DATA: 15/03/19

GRAVATA-PE Roberto Carlos Moreira Fontelles

DETAN-PE Presidente: Roberto Fontelles

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 SILHETE DE SEGURO DPVAT

NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA

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

WWW.SEGURODPVAT.DER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1294

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 15/03/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	02.857.222/0001-50	0YU5797
RENAVAM	MARCA / MODELO	CHASSI
1014646402	HONDA/NXR125 BROS ES	9C2JD220ER000290
ANO FAB	ANO MOD	MP/CHASSI
2013	09	

PRÉMIO TARIFÁRIO

PREÇO DO BILHETE (R\$)	DETALEN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
35,05	4,01	40,06
4,15	0,32	44,56

DATA DE CUSTAÇAO: 15/05/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.946.549/0001-00

DESTAQUE E GUARDE O SILHETE DE VÁT.
FICHEIRO NÃO É DE PORTA DIRETAMENTE



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



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: 082.772.584-33,
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 25/10/2019, 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
contém c/ o padrão reg. neste serventia. Dou fé.

Adriano Pedroso da Silva Teles Gomes (Substituto)
Chá Grande, 27 de novembro de 2019. Em test. day
de verdade.
Válido somente com o selo 0074302.XZH11201901.00773
Emol. R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,00 FERC R\$ 0,40 FERAR R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,01



COMDECI ADAS E PREVIDÊNCIA SIA

05 MAR 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191382/20

Vítima: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE

CPF: 072.118.474-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2019

Titular do CPF: ALBUQUERQUE DE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE DA SILVA IRMA : 082.272.584-33

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

WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA : 072.118.474-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 14:39:04
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012514390379700000072576945>
Número do documento: 21012514390379700000072576945

Num. 74045573 - Pág. 26