



Número: **0034476-66.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GICELIO JUSTO DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56914997	24/01/2020 14:27	2628643_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 26ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00344766620198172001

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GICELIO JUSTO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou lesão de órgãos e estruturas crânio-faciais com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$3.375,00:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no lesão de órgãos e estruturas cranio-faciais com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão de órgãos e estruturas cranio-faciais com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão intensa (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0034476-66.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GICELIO JUSTO DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56914998	24/01/2020 14:27	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

907.707.304-34

Nome completo da vítima

GICELIO JUSTO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	GICELIO JUSTO DA SILVA		CPF titular da conta	907.707.304-34	Profissão	RECUSADO
Endereço	RUA NOVENTA E SETE		Número	55	Complemento	
Bairro	CAETES I	Cidade	ABREU E LIMA	Estado	PE	CEP
						53.350-710
Email					Telefone (DDD)	(81) 9.8790-9451

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que a Seguradora Líder - DPVAT, reside no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

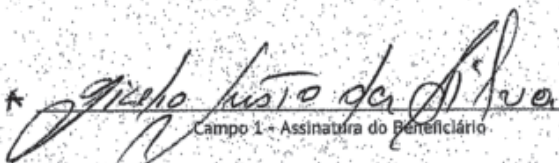
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			(Informar dígito se existir)		

AGÊNCIA NRO. 3250 D/V 6 CONTA NRO. 18.522 D/V 1

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE, 29 de junho de 2018.

Local e Data

* 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180551602

Nome do(a) Examinado(a): GICELIO JUSTO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA NOVENTA E SETE, 55 - ABREU E
LIMA/PE - CEP 53530-710

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 4676850 - sds-pe - 22/06/2016

Data e Local do Acidente : 17/12/2017 - ABREU E LIMA/PE

Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE grave, trauma de face com fratura de parassinfise mandibular esquerda.

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

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem
complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 7 meses

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

vítima com bloqueio articular de ATM esquerda com limitação na abertura de
cavidade oral, déficit na força de mastigação. Consciente e orientado ao
exame, sem déficit cognitivo.

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

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

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

limitação de grau leve de estrutura cranio facial, com bloqueio articular de ATM
esquerda



VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

estrutura cranio facial

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



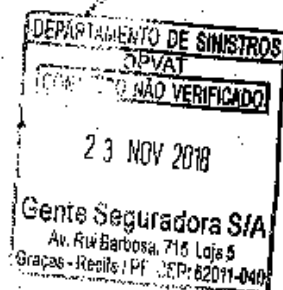
CARTA A SEGURODORA LIDER.

NA qualidade de procurador da ÚTIMA
GICELIO JUSTO DA SILVA, SINISTO: 3180/329.3
DATA DO ACIDENTE 17/12/2017.

Venho solicitar a esta SEGURADORA, um
PERICIA MEDICA PARA QUE POSSA SER CONSTAT
DA AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE
TRANSITO SOFRIDO POR ESSA VITIMA. Bnt
dando que a politica dessa seguradora e
baseada na JUSTICA E TRANSPARENCIA. A
ÚTIMA CONTINUA COM SEQUELAS IRREPARAVEL
CONFORME DOCUMENTOS MEDICOS ENVIADOS E
RESSONANCIAS QUE JA SEGUIRAM (EXAMES DI
IMAGENS), FICAMOS NO AGUARDO DA VOS
REANALIZE DESSE PROCESSO, CULMINANDO
UMA PERICIA MEDICA PRESENCIAL.

Desde ja Agradecemos VOSSA ATENCAO!

* *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*



Recife, 22 de novembro 2018.



458132

A Seguradora Líder

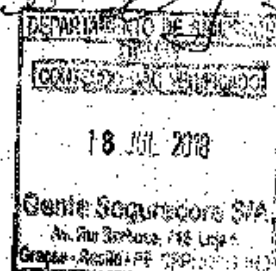
0261125/18

NA QUALIDADE DE PROCURADOR DA
VÍTIMA Gicelio Justo, com SINISTRO
Nº 3180/280.235, VENHO SOLICITAR A
ESTA SEGURADORA A REANALIZE DESSE
PROCESSO. TENDO EM VISTA QUE A VÍ-
TIMA APRESENTOU TODAS DOCUMENTAÇÕES
MÉDICAS CABÍVEIS, INCLUSIVE LAUDOS
QUE ATESTAM A LESÃO GRAVE QUE O
MESMO TEVE RESULTANTE DO ACIDENTE,
SOLICITO UMA AVALIAÇÃO MÉDICA, SENDO
A VÍTIMA CONVIDADA A UMA PERÍCIA
MÉDICA PARA CONSTATAR A VERACIDADE
DAS INFORMAÇÕES, COMO TAMBÉM AS
SEQUELAS QUE AINDA PERMANECE.

Desde de já Agradeço VOSSA
ATENÇÃO!

PROCURADOR: *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*

17/07/2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (FRATURA DE PARASSÍNFISE DE MANDÍBULA À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH EM MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 5 SINISTRO ANTERIOR (3180329327) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: SEM SEQUELA PELA AMD (22/08/2018). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (FRATURA DE PARASSÍNFISE DE MANDÍBULA À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH EM MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 5 SINISTRO ANTERIOR (3180329327) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: SEM SEQUELA PELA AMD (22/08/2018). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: GICELIO JUSTO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180551602
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA
Data do Acidente: 17/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180551602**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13636913

Pag. 01667/01668 - carta_01 - INVALIDEZ

00010834





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, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180551602

Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GICELIO JUSTO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01593/01594 - carta_25 - INVALIDEZ



Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: **907.707.304-34** Nome completo da vítima: **RICELIO JUSTO DA SILVA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **RICELIO JUSTO DA SILVA** CPF titular da conta: **907.707.304-34** Profissão: **RECUSA**
Endereço: **RUA NOVENTA E SETE** Número: **55** Complemento:
Bairro: **CAETES I** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **53.530-710**
Email: Telefone (DDD): **(81) 9.8790-9451**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLAMO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRAPESCO (234) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (343)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

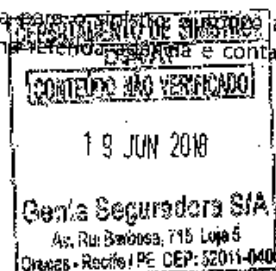
BANCO: **CAIXA ECONÔMICA** Agência: **104**
AGÊNCIA: **3250** IV: **6** CONTA: **18522** I/V: **1**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na conta corrente e conta poupança informada. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE 15 de junho de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF-001 V001/2017





451235
0217969118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0118006052**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/06/2018** às **17:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/12/2017** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAETES I (BAIRRO), 01, AV. D - Bairro CAETES I**
ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS (AUTOR / AGENTE)
JAMERSON MONTEIRO DA SILVA (OUTRO)
GICELIO JUSTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GICELIO JUSTO DA SILVA**

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

GICELIO JUSTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **GENESIO JUSTO DA SILVA** Data de Nascimento: **20/1/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA NOVENTA E SETE, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

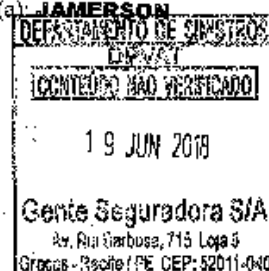
CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JAMERSON MONTEIRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA DE PLACA OYY-2350- RECIFE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAMERSON MONTEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GICELIO JUSTO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYY2350 (PERNAMBUCO/RECIFE)**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**



Complemento / Observação

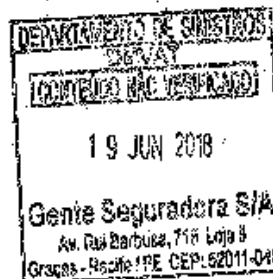
O SR. GICELIO JUSTO DA SILVA, NOTICIOU NESTA 28ª CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTOCICLETA PELA AV. D, CAETES I, ABREU E LIMA/PE, QUE AO DESCER A LADEIRA FOI SURPREENDIDO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE AO TENTAR LIVRAR O VEÍCULO CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES NO CORPO, FRATURA/ TRAUMA NA FACE, TCE. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS (CERT. 2017APH000721 DIV. OP.) PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (ATEND. Nº 908434/2017). REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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

GICELIO JUSTO DA SILVA
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: ISAAC MARTINS RODRIGUES FILHO - Matrícula: 2733013



14/06/2018 16:45

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima GICELIO JUSTO DA SILVA CPF da Vítima 907.707.304-34 Data do Acidente 17/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ Telefone (DDD) (81) 9-8790-9451

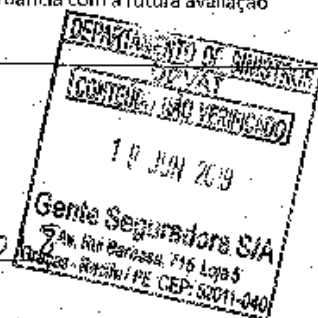
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



RECIFE 15 de Junho de 2018
Local e Data

Gicelio Justo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH0000721 Div. Op.

Com fulcro no art.5 XXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). GICELIO JUSTO DA SILVA, 43 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO (a), RG nº 4676850 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal Sob o CPF nº 907.707.304-34, residente à RUA 96 nº 55 CAETES, ABREU E LIMA -PE, certificar que este agrupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu uma ocorrência no dia 17/12/2017, por volta das 21:00 hs no endereço: AVENIDA D S/N - CAETES I ABREU E LIMA -PE, referente a um (a) QUEDA DE MOTO, envolvendo(a) qual fora vitimado (a) GICELIO JUSTO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 907.707.304-34 e Registro Geral Nº 4676850 SDS-PE, atendido (a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, Comandada pelo(a) CB 707174-4 FELIX. Foi transportado (a) para HOSPITAL DA RESTAURÇÃO. Registrado (a) com o prontuário nº (908343). Ficou aos cuidados do médico NÃO INFORMADO, registro NÃO INFORMADO. os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações /GBAPH.

Posição em 24/01/2018

Avenida João de Barros, 399- Boa Vista /PE-53050-190
Fone:(81)3102-9026/CNPJ:00.858.377/0001-44



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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GICELIO JUSTO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03250-6

CONTA: 000000018522-1

Nr. da Autenticação 5CE1D78663F8FE59





NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALDENICE PRAZERES DA SILVA
CPF: 420.354.214-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA UBIRAJARA 15

TABAJARA/CIDADE TABAJARA
53580-530 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades, de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
14/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
138,06

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
05/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
05/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
018920536

CONTA CONTRATO
002502356014

Nº DO CLIENTE
2001246428

Nº DA INSTALAÇÃO
0002130336

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2C12.24BF.311C.D4A2.6147.98D6.07C6.9EF9

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,73927740	120,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,80
Contribuição Iluminação Pública			12,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 011295671-03/04/18			1,05
TOTAL DA FATURA			138,06

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
124,24	25,00	31,06	124,24	0,79	0,98	124,24	3,56	4,54

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
	R\$	%			
Grupo de Energia	43,46	54,97			
Transmissão	3,89	4,81			
Perda (Cabo)	28,77	19,34			
Encargos Sociais	6,27	5,43			
Tributos	20,79	29,44			
TOTAL	224,41	100			

HISTÓRICO DO CONSUMO					
	1995	1996	1997	1998	kWh
JAN	18	18	18	18	163
ABR	18	18	18	18	147
MAR	18	18	18	18	174
FEV	18	18	18	18	159
JUN	18	18	18	18	161
JAN	18	18	18	18	168
DEZ	17	17	17	17	178
NOV	17	17	17	17	169
OUT	17	17	17	17	157
SET	17	17	17	17	152
AGO	17	17	17	17	127
JUL	17	17	17	17	132
JUN	17	17	17	17	168



CTC RECIFE PE PL2 DATA DE POSTAGEM: 17/04/2018

GICELIO JUSTO SILVA
NOVENTA E SETE SS
CAETES I
53330-710 ABREU E LIMA PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CORREIO MONTONDI

27 NOV 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALMIR HONORIO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228-354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GICELIO JUSTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.707.304 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura INUA LÍDER da Vítima GICELIO JUSTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.707.304 / 34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

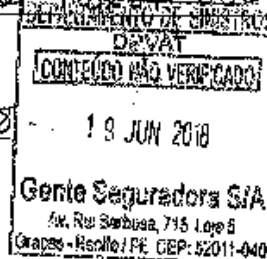
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA UBIRAJARA</u>		Número <u>16</u>	Complemento _____
Bairro <u>TABAJARA</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.530-360</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.8790-7451</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.8297-3559</u>

RECIFE 15 de junho de 2018
Local e Data

Valmir Honorio da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

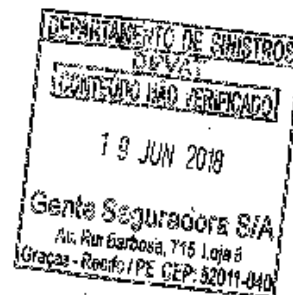
Eu JAMERSON MONTEIRO DA SILVA
RG nº 4234284 data de expedição 23/01/17
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 891.461.314-34, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R- BONFINOPOLES, nº 198,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gracilio Justo da Silva, cujo o condutor era
Gracilio Justo da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR 150 Bros.
Ano: 2014
Placa: 0YV - 2850
Chassi: 9E2K00540E0072812
Data do Acidente: 17/12/2017
Local e Data: PAULISTA 14 DE JUNHO 2018

Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - PROTESTO
Título: Declaração do Proprietário do Veículo - Documento: 2018-009562
Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimado(s) de: JAMERSON MONTEIRO DA SILVA
Em test.de verdade. Paulista-PE 14/06/2018 15:25:27
Maria Jose da Silva - Escrevente Autorizada
T2018-009562-15:25:27 3.51 15:25:27 0.00 15:25:27 0.00
Selo Digital: 0077444.14304201801.04632
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Maria Jose da Silva





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 908434/2017.

NOME: GICELIO JUSTO DA SILVA.

Foi atendido às 22h35 do dia 17.12.2017.

Diagnóstico provável: Tumores de face - ferimentos
+ Fratura de parafuso mandibular (E)
TCE grave - LAD
(Borda do max)

Tratamento realizado:

Fisioterapia respiratória
Arturo dos ferimentos de face
TAC de face
Barra de Esch + BMM
Exames laboratoriais

Obs.

Trat. de suporte clínico
Alta em 23.12.2017

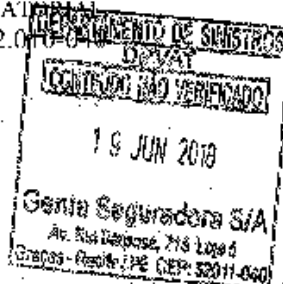
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 19.02.2018

[Assinatura]

SES - Hospital de Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE. CEP 52.011-000
Fones: 31815451/31815572



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 008989

Nome: Geórgio Justo da Silva

Foi atendido às 22:35 hs. do dia 17 / 12 / 17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
protocelástico causando um trauma
de sínfise mandibular. Paciente necessita
de dieta líquida - pastosa por 30 dias

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2018

Tratamento Realizado: Estabilizado Borno de Burch
BMM dia 22/12/17
- Remova BMM e Borno de
08/03/18

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715, 4º andar
Recife - PE CEP: 52011-040

Observação: Retornar na ambulatório BME
(On Carlos) terça-feira às 07:00 dia
10/04/18, aceto encaixe

Cópia de: Alta BME

Dra. Priscilla Sarmiento
Residente em Clínica e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Médico - CRM 384/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





H&R
HOBBS & ROSS

Nº Atendimento: 908989

Nº Atendimento: 108184
Nome: Guilherme Justo de Sales

Por atendido aos 22:35 hs. do dia 17.12.17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
traumatológico envolvendo um pa-
neira de fratura mandibular
- paciente vítima de 20 dias
de repouso alimentar
e dieta líquida / pastosa durante
tratamento.

Tratamento Realizado: Foi instalado Barco de
Iscreta + BMM dia 22/4/17.

Execução as atividades
de Dr Carlos 3ª feira as 07:00
horas (pouca margem)

Observação:

Cópia de:

Acta BME div

~~ALLEGEDLY~~ ~~AL-AMIR~~

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

19 Feb 2016

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovante de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Emprego Especial, Ministério do Trabalho, Condições de tratamento ambulatorial, segundo a recomendação nº 04/2002 do Ministério da Saúde do Estado de Pernambuco.

Gracas - Poente / PE CEP: 62711-00

Cód. 6757





Scanned by CamScanner





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CLÍNICA

GESTÃO
6
IMIP

RECEITUÁRIO

0424219 / 118

487727

- Auto Médico

Gicelio Justo da Silva, vítima de acidente automobilístico no dia 17/12/2017, o mesmo compareceu a esta unidade hospitalar com fortes dores de cabeça, náuseas e tonturas. Foi observado através de R.M. uma fratura mandibular importante (código 502.6), e um leve trauma frontal. O mesmo alega dores de cabeça constante, c/ dificuldade na movimentação da boca de 50%. Segue ci alto.

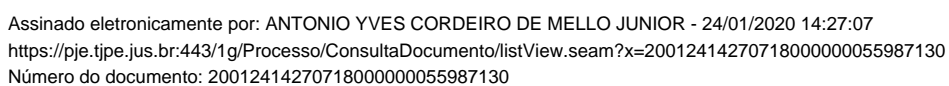
Tarcio T.B. Cavalcanti
CRM/PE 4801

EM: 04-04-18

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



DEPARTAMENTO DE SEISTROS
DEPAT
CONTENIDO NA VERIFICAO
19 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Cachoeira IPE CEP: 62011-000



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 621.226.354-00

Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA

Data de Nascimento: 30/01/1970

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 20/02/1991

Digito Verificador: 00

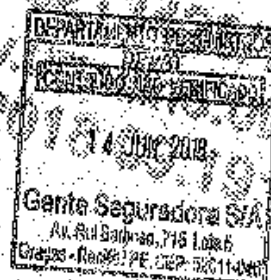
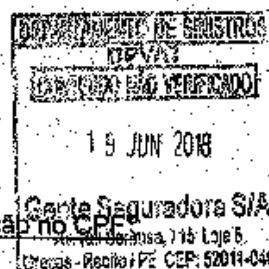
Comprovante emitido às 15:14:15 do dia 14/06/2018 (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: 6731.D207.D016.9CEA



Este documento não substitui o Comprovante de Inscrição no CPF

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



ACI-2005921/18
Jun 04 00:00
14/06/2018 13:57:12

ACI-2005921/18
Jun 04 00:00
14/06/2018 13:57:12



ACI-2005921/18
Jun 04 00:00
14/06/2018 13:57:12

ACI-2005921/18
Jun 04 00:00
14/06/2018 13:57:12

ACI-2005921/18
Jun 04 00:00
14/06/2018 13:57:12

DEPARTAMENTO DE SEGUROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SEGUROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

ACI-2005921/18
Jun 04 00:00
14/06/2018 13:57:12

DEPARTAMENTO DE SEGUROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

ACI-2005921/18
Jun 04 00:00
14/06/2018 13:57:12



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SENDAI PE 000726120072
CENTRO DE REGISTRO DE VEÍCULOS - CRV

1 10498 10498 10498 10498

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

RECEBEMOS

0

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

VAS AMORTIZADA

001 101 11 04

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04
012 200

SENAI LUMINÁRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, ON PISTAS CARRO, A PESSOAS
TRANSPORTADAS ADIACIO - SEGURO DE VIT

001 101 11 04 012 200

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

001 101 11 04 012 200
012 200

001 101 11 04 012 200
012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04

012 200

001 101 11 04 012 200
012 200

001 101 11 04 012 200
012 200

