



Número: **0027608-72.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALDEK BEZERRA SALES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
54894 247	03/12/2019 10:25	2642594_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00276087220198172001

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 **WALDEK BEZERRA SALES**, 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.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

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



Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de dezembro de 2019.

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: **0027608-72.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

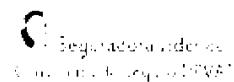
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALDEK BEZERRA SALES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
54894 256	03/12/2019 10:25	ANEXO 1	Outros (Documento)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358537/18

Número do Sinistro: 3180455952

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

CPF: 372.905.504-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDEK BEZERRA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

FABIO MACIEL DA SILVA : 013.705.384-30

Comprovante de residência

WALDEK BEZERRA SALES : 372.905.504-63

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: FABIO MACIEL DA SILVA
CPF: 013.705.384-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

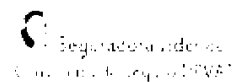
Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

FABIO MACIEL DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358537/18

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

CPF: 372.905.504-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDEK BEZERRA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FABIO MACIEL DA SILVA : 013.705.384-30

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

WALDEK BEZERRA SALES : 372.905.504-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: FABIO MACIEL DA SILVA
CPF: 013.705.384-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

FABIO MACIEL DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455952

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

Data do acidente: 25/02/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WALDEK BEZERRA SALES**

Nº Sinistro: **3180455952**

Vítima: **WALDEK BEZERRA SALES**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIO MACIEL DA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180455952**.

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 13422539

Pag. 00361/00362 - carta_01 - INVALIDEZ

00020181



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WALDEK BEZERRA SALES**
Nº Sinistro: **3180455952**
Vítima: **WALDEK BEZERRA SALES**
Data do Acidente: **25/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIO MACIEL DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180455952**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01887/01888 - carta_03 - INVALIDEZ

00050944



Carta nº 13424563





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 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 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

372 905 504 - 63

Nome completo da vítima

WALDECK BEZERRA SALES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

WALDECK BEZERRA SALES

CPF titular da conta

372 905 504 - 63

Profissão

Pintor

Endereço

RUA MARIO GOMES

Número

149

Complemento

B

Bairro

DOIS UNIDOS

Cidade

Recife

Estado

PE

CEP

Telefone (DDD)

81- 98517-1903

Email

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

☒ RECUSO 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

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

PARA

AGÊNCIA

Nº

0048

(Informar dígito se existir)

CVV

CONTA

Nº

188633-

CVV

2

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

CVV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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 de indenização em minha conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife 19 de Abril de 2018

Local e Data

Waldemar Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

.001 V001/7017







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 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 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

372 905 504 - 63

Nome completo da vítima

WALDECK BEZERRA SALES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

WALDECK BEZERRA SALES

CPF titular da conta

372 905 504 - 63

Profissão

Pintor

Endereço

RUA MARIO GOMES

Número

149

Complemento

B

Bairro

DOIS UNIDOS

Cidade

Recife

Estado

PE

CEP

Telefone (DDD)

81- 98517-1903

Email

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

☒ RECUSO 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

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

PARA

AGÊNCIA

Nº

0048

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

188633-

2

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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 em minha conta e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife 19 de Abril de 2018

Local e Data

Waldemar Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

.001 V001/7017







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 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 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

372 905 504 - 63

Nome completo da vítima

WALDECK BEZERRA SALES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

WALDECK BEZERRA SALES

CPF titular da conta

372 905 504 - 63

Profissão

Pintor

Endereço

RUA MARIO GOMES

Número

149

Complemento

B

Bairro

DOIS UNIDOS

Cidade

Recife

Estado

PE

CEP

Telefone (DDD)

81-98517-1903

Email

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

☒ RECUSO 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

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

PARA

AGÊNCIA

Nº

0048

(Informar dígito se existir)

CVV

CONTA

Nº

188633-

CVV

2

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

CVV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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 de indenização em minha conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife 19 de Abril de 2018

Local e Data

Waldemar Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

.001 V001/7017







44344
180201/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0105000832**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2018** às **22:00**

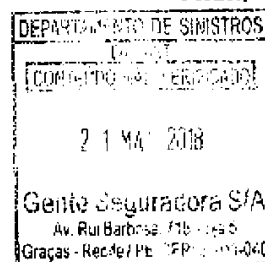
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 01, AV. HILDEBRANDO DE VASCONCELOS**, - Bairro: **DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO TERMINAL DE ÔNIBUS DE DOIS UNIDOS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE);
VANIA BEZERRA SALES (OUTRO);
HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA (OUTRO);
WALDECK BEZERRA SALES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA**



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

WALDECK BEZERRA SALES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAM CAVALCANTI SALES** Pai: **WALDEMIRO ALVES SALES** Data de Nascimento: **18/6/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2685721/SDS/PE (RG). 37290550463 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 988456178**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

VANIA BEZERRA SALES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUZETE ANDRÉ DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/5/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6665793/SDS/PE (RG). 07892976477 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 987303415**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

[y.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=105&idOc=704/510&nroBO=18E0105000832&tp=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20D](http://sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=105&idOc=704/510&nroBO=18E0105000832&tp=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20D)



23/04/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANIA BEZERRA SALES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **NÃO**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6733** (PERNAMBUCO/RFCIFE)

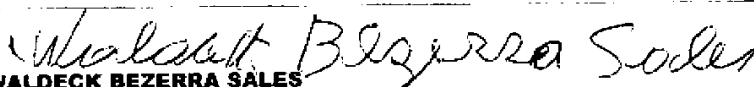
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

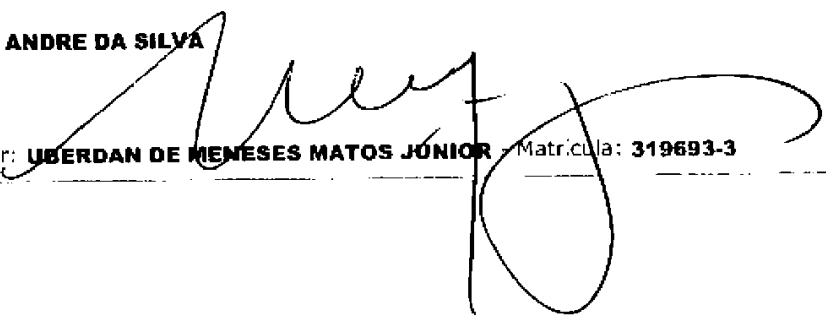
Descrição: **160 CC/ FAN**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA (HONDA/CG/FAN/160 CC/PLACA: PCV-6733) DE PROPRIEDADE DA SR(A)VANIA BEZERRA SALES, QUE ESTAVA NA POSSE E SENDO PILOTADA PELO SR(O)HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO " DERRAPOU" LEVANDO OS MESMOS AO SOLO. COMO RESULTADO DO ACIDENTE, A VÍTIMA OBTVE FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CONDUCTOR DA MOTOCICLETA PARA POLICLÍNICA CAMPINA DO BARRETO,REGISTRO (4226), FICANDO NESTA INTERNADO (02) DIAS, E LOGO DEPOIS, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SOB Nº DE PRONTUÁRIO (1077898). ASSIM, DAR CIÊNCIA A ESTA DP.

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


WALDECK BEZERRA SALES
(VÍTIMA)


HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **UBERDAN DE MENESES MATOS JUNIOR** - Matrícula: **319693-3**

DEPARTAMENTO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2018
Gente Sargento
Av. Rio de Janeiro
Gratificação





44344
180201/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0105000832**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2018** às **22:00**

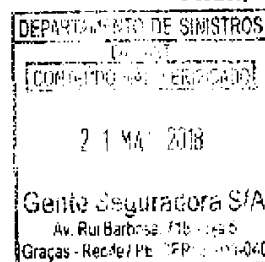
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 01, AV. HILDEBRANDO DE VASCONCELOS**, - Bairro: **DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO TERMINAL DE ÔNIBUS DE DOIS UNIDOS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE);
VANIA BEZERRA SALES (OUTRO);
HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA (OUTRO);
WALDECK BEZERRA SALES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA**



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

WALDECK BEZERRA SALES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAM CAVALCANTI SALES** Pai: **WALDEMIRO ALVES SALES** Data de Nascimento: **18/6/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2685721/SDS/PE (RG). 37290550463 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 988456178**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

VANIA BEZERRA SALES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUZETE ANDRÉ DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/5/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6665793/SDS/PE (RG). 07892976477 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 987303415**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

[y.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=105&idOc=704/510&nroBO=18E0105000832&tp=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20D](http://sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=105&idOc=704/510&nroBO=18E0105000832&tp=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20D)



23/04/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANIA BEZERRA SALES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **NÃO**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6733** (PERNAMBUCO/RFCIFE)

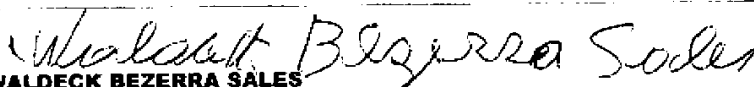
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

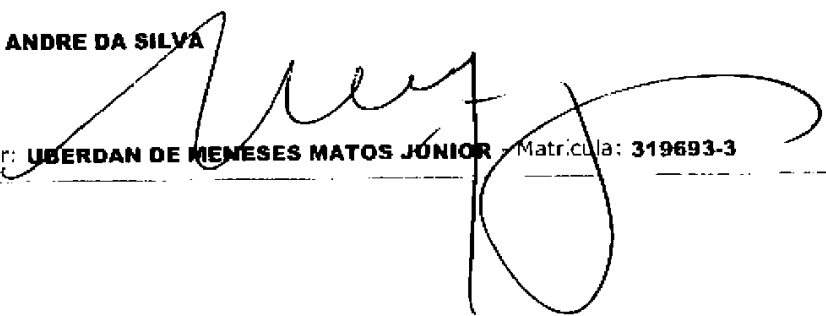
Descrição: **160 CC/ FAN**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA (HONDA/CG/FAN/160 CC/PLACA: PCV-6733) DE PROPRIEDADE DA SR(A)VANIA BEZERRA SALES, QUE ESTAVA NA POSSE E SENDO PILOTADA PELO SR(O)HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO " DERRAPOU" LEVANDO OS MESMOS AO SOLO. COMO RESULTADO DO ACIDENTE, A VÍTIMA OBTVE FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CONDUCTOR DA MOTOCICLETA PARA POLICLÍNICA CAMPINA DO BARRETO,REGISTRO (4226), FICANDO NESTA INTERNADO (02) DIAS, E LOGO DEPOIS, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SOB Nº DE PRONTUÁRIO (1077898). ASSIM, DAR CIÊNCIA A ESTA DP.

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


WALDECK BEZERRA SALES
(VÍTIMA)


HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **UBERDAN DE MENESES MATOS JUNIOR** - Matrícula: **319693-3**

DEPARTAMENTO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2018
Gente Sargento
Av. Rio de Janeiro
Gratificação





444344
180201/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0105000832**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2018** às **22:00**

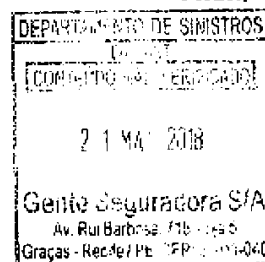
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 01, AV. HILDEBRANDO DE VASCONCELOS**, - Bairro: **DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO TERMINAL DE ÔNIBUS DE DOIS UNIDOS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE);
VANIA BEZERRA SALES (OUTRO);
HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA (OUTRO);
WALDECK BEZERRA SALES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA**



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

WALDECK BEZERRA SALES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAM CAVALCANTI SALES** Pai: **WALDEMIRO ALVES SALES** Data de Nascimento: **18/6/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2685721/SDS/PE (RG). 37290550463 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 988456178**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

VANIA BEZERRA SALES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HEBERT ALPERT ANDRÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUZETE ANDRÉ DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/5/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6665793/SDS/PE (RG). 07892976477 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 987303415**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

[y.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=105&idOc=704/510&nroBO=18E0105000832&tp=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20D](http://sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=105&idOc=704/510&nroBO=18E0105000832&tp=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20D)



23/04/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANIA BEZERRA SALES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **NÃO**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6733** (PERNAMBUCO/RFCIFE)

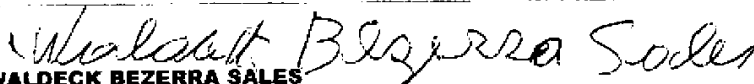
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

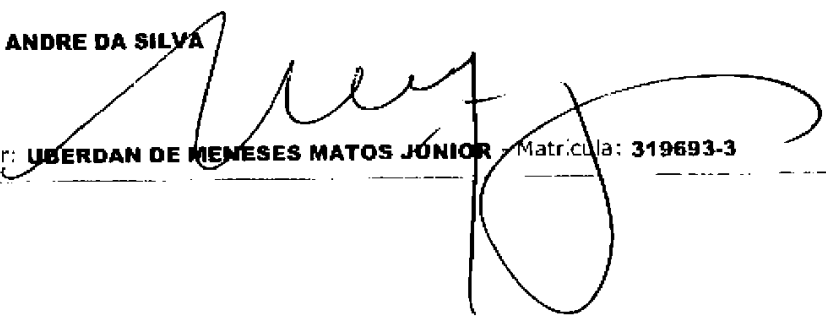
Descrição: **160 CC/ FAN**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA (HONDA/CG/FAN/160 CC/PLACA: PCV-6733) DE PROPRIEDADE DA SR(A)VANIA BEZERRA SALES, QUE ESTAVA NA POSSE E SENDO PILOTADA PELO SR(O)HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO " DERRAPOU" LEVANDO OS MESMOS AO SOLO. COMO RESULTADO DO ACIDENTE, A VÍTIMA OBTVE FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CONDUTOR DA MOTOCICLETA PARA POLICLÍNICA CAMPINA DO BARRETO,REGISTRO (4226), FICANDO NESTA INTERNADO (02) DIAS, E LOGO DEPOIS, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SOB Nº DE PRONTUÁRIO (1077898). ASSIM, DAR CIÊNCIA A ESTA DP.

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


WALDECK BEZERRA SALES
(VÍTIMA)


HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **UBERDAN DE MENESES MATOS JUNIOR** - Matrícula: **319693-3**

DEPARTAMENTO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2018
Gente Sargento
Av. Rio de Janeiro
Gratificação





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)

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").

GrPE da Viti m

Data do Acidente

WALDECK BEZERRA SALES

372 905 504, 63

25/02/2018

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telephone (DDD)

81-9854-1903

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atenda 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.

Reufe 19 de ABRIL de 2018
Local e Data

Local e Data

DEPARTAMENTO DE DEFESA

COPIA

20 MAR 73

(C) - Regimento de SIA
Vitor Barros, 1º Tenente
Grupos - Recife / PE CEP: 50911-000

Malabek Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOI: 10.1002/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2019 10:25:18
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120310251855200000054009924>
 Número do documento: 19120310251855200000054009924

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 WALDECK BEZERRA SALES CPF da Vítima 372.905.504-63 Data do Acidente 25/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

81-9854-1903

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:

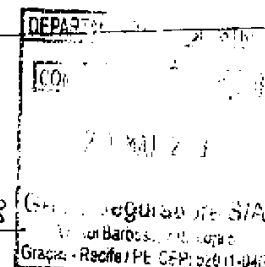
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ 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 Lider 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.

Feito em Recife em 19 de ABRIL de 2018
Local e Data



Waldeck Bezerra Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001 V001/2017



Nome do Paciente: M. L. L. Hora: 22:55 Recepcionista: Vera

Endereço: 109 Distrito Sanitário: II Data: 25/05/2018

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome do Paciente: Wendell de Souza Silva Sexo: M

Raça/Cor: 1-Branca 2-Negra 3-Indígena 4-Amarela 5-Outra

Profissão: Trabalha em casa

Endereço: 109 Complemento: 149

Município: Recife

Veio de Transporte: Carro

Do acidente de trânsito

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local do acidente: Colinas Mato Outro Qual?

ACIDENTE DE TRABALHO

Local do acidente: Indústria Comércio Outro Qual?

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Local do acidente: Queda de altura Atropelamento Outro Qual?

AGRESSÃO

Local do acidente: Atropelamento Outro Qual?

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Local do acidente: Queda de altura Atropelamento Outro Qual?

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Local do acidente: Antes do trabalho Enquanto trabalha Outro Qual?

Local do acidente: Antes do trabalho Enquanto trabalha Outro Qual?

Local do acidente: Antes do trabalho Enquanto trabalha Outro Qual?

Local do acidente: Antes do trabalho Enquanto trabalha Outro Qual?

Local do acidente: Antes do trabalho Enquanto trabalha Outro Qual?

Local do acidente: Antes do trabalho Enquanto trabalha Outro Qual?

Local do acidente: Antes do trabalho Enquanto trabalha Outro Qual?

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFVAI
CORTE-BOC NÃO VERIFICAR
21 MAI 2018
Gente Seguros
Av. Rui Barbosa
Recife - PE

Exame Neurológico:

Exame de man:

Exame de marial:

Exame de Sottolongo:

Exame de Porelman:

Exame de Sottolongo
Exame de Porelman
Exame de Sottolongo
Exame de Porelman

Exame de Sottolongo
Exame de Porelman

Exame de Sottolongo
Exame de Porelman

Exame de Sottolongo

Exame de Sottolongo

Exame de Sottolongo

Exame de Sottolongo

Exame de Sottolongo

Exame de Sottolongo

Exame de Sottolongo

Exame de Sottolongo

Número do

Protocolo

Hora:

Recepcionista

Distrito Sanitário

Data

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome completo: Wendell Bezerra NetoSexo: M (M - Masculino) (F - Feminino) (I - Ignorado)

Raça/cor:

☐ 1-Branca☐ 2-Preta☐ 4-Amarela☐ 5-Indígena

Data de nascimento:

Especialidade:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Cidade:

Município:

Forma de transporte:

Veio de transporte:

Outro:

Tipo de ocorrência: Acidente ☐ Não ocorreu o acidente ☐

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local do acidente: Rua Colinas Mato ☐ Outro ☐ Qual? 100m
 Direção da via: Travessa Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m
 Tipo de veículo: Carro Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Qual? 100m
 Local de trabalho: Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m

ACIDENTE DE TRABALHO

Local do acidente: Travessa Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m
 Local de trabalho: Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Local do acidente: Travessa Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m
 Local de trabalho: Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m

AGRESSÃO

Local do acidente: Travessa Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m
 Local de trabalho: Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Local do acidente: Travessa Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m
 Local de trabalho: Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Local do acidente: Travessa Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m
 Local de trabalho: Colinas Siga ☐ Não ☐ Qual? 100m

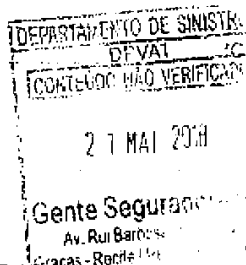
Outro:

Assinatura

Pelo

Estampado

Tempo



Exame Neurológico:

Exame de man:

Exame de marial:

Exame de Sottolongo:

Exame de Pore e finitos:

Exame de Sottolongo:

Exame de Sottolongo:

Exame de Sottolongo:

Exame de Sottolongo:

Exame de Sottolongo:

Exame de Sottolongo:

Exame de Sottolongo:

Exame de Sottolongo:

Exame de Sottolongo:

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: 22/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALDEK BEZERRA SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000188633-2

Nr. da Autenticação 57EAD99A5FDD9DF0





Tarifa Social de Energia Elétrica, Criada pela Lei 13.430, de 28/04/2017

NOTA FISCAL FATURADA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 111, Rua 505 A, Recife, Pernambuco - CEP 50135-002
CNPJ 10.789.932/0001-11 (PIS) CNPJ 50294033 (www.celpe.com.br)

DADOS DO CLIENTE

AV. J. DE BARROS, 111, RUA 505 A, RECIFE, PE 50135-002
CEP 50135-002

CPF 10.789.932/0001-11 (PIS) CNPJ 50294033 (PIS) CNPJ 50294033

CONTRATO Nº 13/03/2018

DATA DE EMISSÃO 13/03/2018

DATA DE VENCIMENTO 13/03/2018

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. J. DE BARROS, 111, RUA 505 A, RECIFE, PE 50135-002

CPF 10.789.932/0001-11 (PIS) CNPJ 50294033 (PIS) CNPJ 50294033

CONTRATO Nº 13/03/2018

DATA DE EMISSÃO 13/03/2018

DATA DE VENCIMENTO 13/03/2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE PREÇO (R\$) VALOR (R\$)

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 16,99

CAIXA LOTERIAS CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

048 61027465-9

17/03/2018

HORA 00:11:48:34

101.10.14281-8

TERM 020220

11/03/2018: RECIFE

60, VINICULADA: 0045

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

INTE: COMPANHIA ENERGIA ELÉTRICA

VALOR DO PAGAMENTO: 16,99

038200020027 105800110078

01/02/2018 158027910775

048 61027465-9

1ª VIA

CAIXA LOTERIAS CAIXA

CAIXA LOTERIAS CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DIFSAI

CONTUDO NÃO VERIFICADO

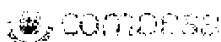
21 MAI 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Grças - Recife / PE CEP: 52011-040





CPF: 000.000.000-00
INSCRIÇÃO Nº 000.000.000-00

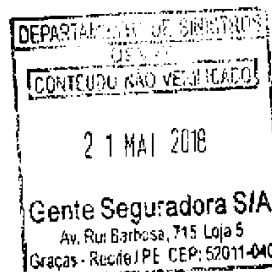
ATENÇÃO: AVENIDA PRES. KENNEDY - Nº 1.000 - PEIXINHO
CEP: 52010-120

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 27112105 - 00/2018	
FABIO MACIEL DA SILVA		R. MARIA TEREZA, N. 00021 - CS A - AGUAZINHA QUINDA PE 52270-29	
INSCRIÇÃO: 734.215.765.0003.0001 GRUPO 12 DE AUTOMÁTICO: 007112105			
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO FATOR	PARÂMETROS DE QUALIDADE	
CORTADO	POTENCIAL	1	
HIDRÔMETRO	DATA DE INSTALAÇÃO	DATA DE FISCAL	DATA DE CONSUMO
007112105	04/02/2018	02/02/2018	000110
LITROS: 244 CONSUMO: 3			
LITROS: 244 RECORRENDA TAXA M			
LITROS: 244			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS	
11/2017	00	EXIG. PORT.	ANÁLISES ATINDEM
11/2017	04	12/2/2017	3/4/17
12/2017	04	TURBIDEZ	76 76 76
03/2017	04	COR APARENTE	76 76 53
03/2017	04	COLOR RESIDUAL	76 76 53
03/2017	04	COLIF. TOTAIS	76 76 66
03/2017	01	E. COL	76 76 72
MÉDIA: 03			
Qualidade de Água: www.copesan.com.br			
OP. 11/2017 - BOMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
CUMPRIMENTOS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E C. CRO			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
CUMPRIMENTOS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E C. CRO			
SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DAS CONDIÇÕES			
ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		3 13	40,18
CORTA 12/2017			9,02
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 12/2017			0,81
Tributos			
CÁLCULO		PERCENTUAIS	
CÁLCULO		PERCENTUAIS	
CÁLCULO		PERCENTUAIS	
CÁLCULO		PERCENTUAIS	

VENCIMENTO: 15/02/2018

TOTAL A PAGAR: 50,01

RECEBEMOS:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2019 10:25:18
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120310251855200000054009924
Número do documento: 19120310251855200000054009924



Comunidade Energética de Pombal
Av. João de Barros, 111, Dom Vera, Pombal - CEP 61060-802
CNPJ 10.456.952/01-58 | Fone: (85) 3333-1133 | www.ene-pom.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIO GOMES 146 --B

DOIS UNIDOS/RECIFE
RECIFE PE
62180-160

CLASSIFICACAO
B1 RESERVA
CLASSIFICACAO
MONOTONIA

091606668 UNCA 12090713

APR 18 2018	20180318
6067018	20180318
20180318	20180318

2007-09-28 18:09

Consumo Actual 50 kWh
Consumo Anterior 40 kWh
Acrecento Bandera VERMELHA
Consumo 10 kWh

NAME	PROCD	VALUE
30 000000	0.1698408	5.20
38 000000	0.32088215	1.54
		1.68
		-0.14

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE E LAUDO VERIFICADO
03 JUL 2018
Geon Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa 5
Recife PE CEP: 52011-040

TOTAL DA FATURA

Nº DO NÚMERO	TIPO DE FUNÇÃO	PREVISTA		REALIZADA		Nº DE DIAS	COMPRANTE	ANISTIA	AN. COMPRANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
14200146	CAF	14-08-31/9	7.538,00	10-04-27/9	7.605,00	30	1.000,00		47,00

VALORES EM DOLÁRES		VALORES EM DOLÁRES		VALORES EM DOLÁRES		VALORES EM DOLÁRES	
SET 16	88	DARE DO	%	VALOR DO		VALOR DO	%
AGOSTO 88		CALCULO		IMPORTE		IMPORTE	
AL 10	82	ICMS				Imposto de Renda	88 0,00 40,00
JUN 10	76	PIS	10,53	1,22	5,12	Imposto de Renda	89 1,31 5,88
MAI 10	68	COPERS	12,00	1,88	0,20	Imposto de Renda	90 5,10 21,64
ABR 10	72					Imposto de Renda	91 1,63 6,66
MAR 10	124					Imposto de Renda	92 0,76 3,14
FEB 10	115					Imposto de Renda	93 1,57 6,66
JAN 10	70					Imposto de Renda	94 1,23 5,14
DEZ 17	72						
NOV 17	81						
OUT 17	25						
SET 17	04						

02SE 2Eh2.E7H1.681A EF75B*G6.A782.F100

[illegible]

Continued on reverse page with list of all sample locations

Location	Sample	Date	Notes	Collector
25437	18037	20/10		

Printed on 10/10/10 at 10:10 AM. All data is subject to change without notice. All data is subject to change without notice.



Banco Itaú S.A.	341-7	34191.75405 78183.752043 00173.090002 2 000
Itaú Seguros Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.		Valor da fatura 1802,00

18/09/2018

Walmart **Itaúcard 2.0**



OTC RECIFE PE PL2
FABIO MACIEL DA SILVA
MARIA TEREZA 21
CASA - AGUAZINHA
53270-090 OLINDA - PE

PC 07



327109423025-543000000000000111 060918

Postagem: 06/09/2018
 Vencimento: 18/09/2018
 Emissão: 05/09/2018
 Fechamento próxima fatura: 13/10/2018



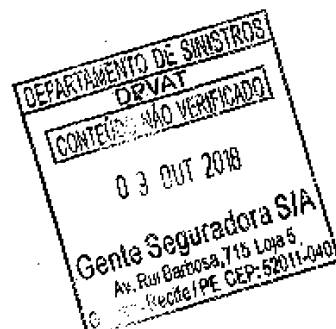
Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.802,00
Pagamento efetuado em 05/09/2018	- 1.805,00
Saldo financeiro	- 0,11
Juros e encargos atuais	2,02%
Total desta fatura	2.026,63

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **FABIO MACIEL DA SILVA**
 Cartão **6062.XXXX.XXXX.2869**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rápido!



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 0271206 (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/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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FABIO MACIEL DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.405-384 / 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WALDECK BEZERRA SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.905.504 / 63 do sinistro de DPVAT cobertura AVULSO DE da Vítima WALDECK BEZERRA SALES inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.905.504 / 63 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

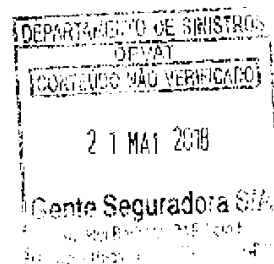
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>R- MARIA FERREIRA</u>		Número <u>23</u>	Complemento _____
Bairro <u>AGUAZINHA</u>	Cidade <u>ULINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53270-090</u>
E-mail <u>FABIOMACIELRYA@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular: (DDD): <u>81-98737.0507</u>

_____ 16 de maio de 2018
Local e Data

Fábio Maciel da Silva
Assinatura do Declarante



DLGRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VANIA BEZERRA SALES

RG nº 8260708, data de expedição 08/08/2012

Órgão SOS, portador do CPF nº 091.864.644-85, com

domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R- MARIO GOMES, nº 349,

complemento PA SA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima WALDECK BEZERRA SALES cujo o condutor era

HEBERT ALBERT ANDRE DA SILVA

Veículo: MOTO HONDA

Modelo: CG FAN 160 CC

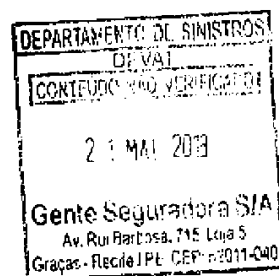
Ano: 2017/2018

Placa: PCV-6733

Chassi: 9C2KCL2200JR128154

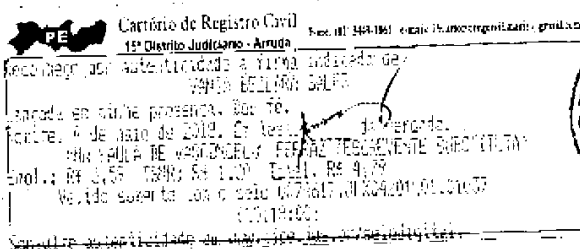
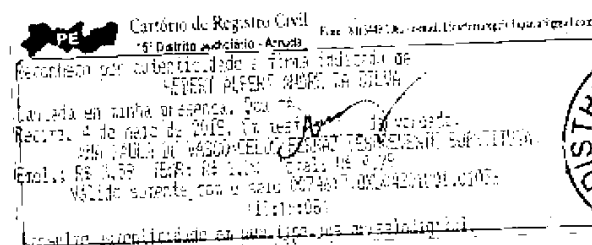
Data do Acidente: 23-02-2018

Local e Data: 04-05-2018 Recife



Vania Bezerra Sales
Assinatura do Declarante

Hebert Albert Andre da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: WALDECK BEZERRA SALES

1. Ocorrência da Emergência: 547849

1.1 - Atendimentos em: 26/02/18

1.2 - Às 03 horas e 16 minutos.

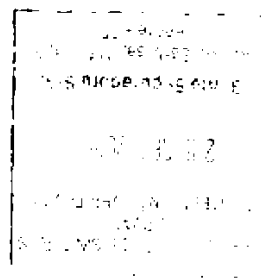
1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1077898

2.1 - Internado em: 26/02/18

2.2 - Alta em: 27/02/18

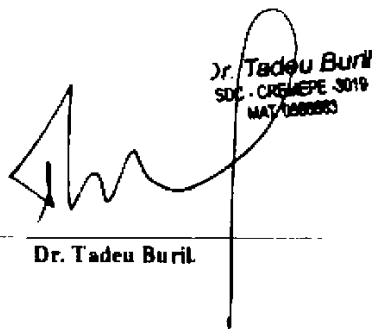


3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DO RADIO DISTAL ESQUERDO

4. Tratamento: CIRURGIA EM 26/02/18 = TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO

5. Observação: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA

DATA 6/8/2018
HORA 10:17:39
PASTA 0108/2018
TB
RS


Dr. Tadeu Buri
SOC. CREMEPE 3019
MAT 1888883



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>			CARTÃO SUS: <u>102 200000054009924</u>		
NOME DA MÃE: _____					
CLÍNICA: _____	ENFERMARIA: _____	LEITO: _____	Nº DO REGISTRO: <u>102 200000054009924</u>		
DATA DE NASCIMENTO: _____	IDADE: _____	PESO: _____	ALTURA: _____	SEXO: ☐ F ☐ M ☐	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fratura do antebraço direito</u>					
COMORBIDADE: _____					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>curativo</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): _____					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>26.08.18</u>		DATA DA ALTA: <u>27.08.18</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____			CID: <u>S50.0</u>	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: <u>20.08.18</u>	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Carlos Eduardo de Mello</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Carlos Eduardo de Mello</u>			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	_____			
4	ANESTESISTA	_____			
5	CLÍNICO	_____			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ HEMODIÁLISE ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO		DOCUMENTO DE SAÚDE ENTREGUE AO PACIENTE <u>20.08.18</u>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>fratura do antebraço direito</u> <u>fratura do antebraço direito</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: <u>do</u>					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fratura do antebraço direito</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: _____					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA			OBJTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO: _____		
☐ OUTROS: _____			_____		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): <u>ambulatorio de retorno para avaliação</u>					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
DATA: <u>27.08.18</u>			Assinado eletronicamente por: <u>Carliomano Mac</u> CRM-PE 12978 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM		

HGV 1010 V 1.2013

Avenida General San Martín, s/n - Córrego
Recife/PE - CEP 50.630-380
Fone: (0XX8) 31845800

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: WALDECK BEZERRA SALES **REGISTRO:** 1077898

Data da operação: 26/02/2018

Operador: DR GABRIEL CAMPOS

1º auxiliar: DR. HERISON VIANA (MR2)

2º auxiliar: DR. SILVIO CONTE (MR1)

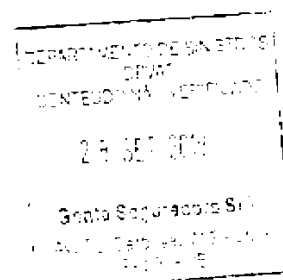
Anestesista: DRA LUAR

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
ESQUERDO

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE
RADIO DISTAL ESQUERDO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis operatórios;
- 4) Vizualizado ferimento em face medial de antebraço esquerdo de +- 4 cm
- 5) Limpeza com SF 0,9%
- 6) Redução fechada de fratura de rádio distal esquerdo;
- 7) Fixação percutânea com 03 fios de kirshner de 1.5;
- 8) Confirmado redução satisfatória em fluoroscópio;
- 9) Sutura com NYLON 2-0
- 10) Curativo estéril;
- 11) Confeção de tala gessada axilo-palmar em membro superior esquerdo;
- 12) Boa perfusão distal.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

1

ATENDIMENTO: 547849

Prontuário: 1077898

Nome: WALDECK BEZERRA SALES

Data Nasc.: 18/06/1962

Idade: 55

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 268721

CNS:

Endereço: RUA MARIO GOMES

Bairro: DOIS UNIDOS

Cidade: RECIFE

CEP: 52160150

Fone: 88912407

Profissão:

Nome da Mãe: MIRIAM CAVALCANTI SALES

Acompanhante: VALDINETE

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 5371275 POLICL. AMAURY COUTINHO (QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM FRATURA EXPOSTA EM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Queixa Principal / HDA: Queda da própria altura em 25/04/18 a 23h30m. sem trauma
exposto de ferimento distal de rádio (E) EF: perfuração e ulnarização preservadas.

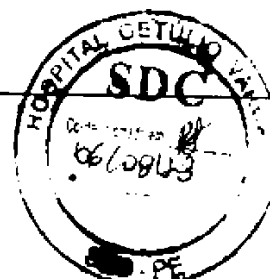
Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m.
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Transporte Realizado por: ☐
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que: ☐
Observações:

Exat: ☐ t.
A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

B: Respiratório
C: Circulatório PA x mm Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow. Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora
Escore Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

ECG 15



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**

E: Abdômen

<i>Incomum</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>Fx Externa do Válio distal (E)</i>			
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica			
<i>CD: 1 - Citologia zg + An e etc</i>			
Exames Solicitados : 1 - Especializados			
<i>2 - SAT 5200 - Tamp Im p. r.</i>			
Resultado de Exames:			
<i>3 - Ao Bloq cirurgico</i>			
DE SINIS ST VERIFICA		Ass. Médico + Carimbo	
Tratamento / Procedimentos:		Código Procedimento:	
<i>2018</i>		<i>Dr. L. ...</i>	
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☒ 5 Motivo:		Ass. Médico + Carimbo	
Evolução da Enfermagem:		CÓDIGO NÃO VERIFICADO	
<i>28 SET 2018</i>		<i>Ass. Enfermeira + Carimbo</i>	
Diag. Definitivo:		<i>Sente Seguradora S/A.</i>	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Tempo de Alta e Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito			
Confirmação do Nome:			Assist. Social
Confirmação do Endereço:			
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐			Assist. Social
Observações:			
Médico: _____ CRM/CRO: _____ Data: _____ Hora: _____			
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.			
Data: _____ Nome completo legível: _____			
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____			
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.			
Data: _____ Nome completo legível: _____			
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____			
Cadastramento: 26/02/2018 03:16 h		EDILENERS	
impressão: 26/02/2018 03:16 h		EDILENERS	

Médico





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2019 10:25:18
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120310251855200000054009924>
Número do documento: 19120310251855200000054009924

Num. 54894256 - Pág. 36



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2019 10:25:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120310251855200000054009924>
Número do documento: 19120310251855200000054009924

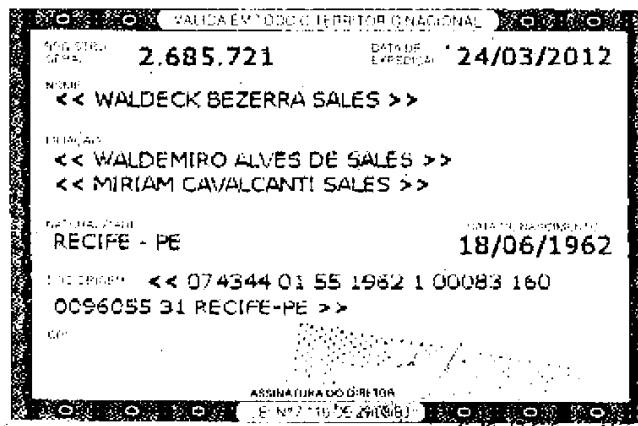
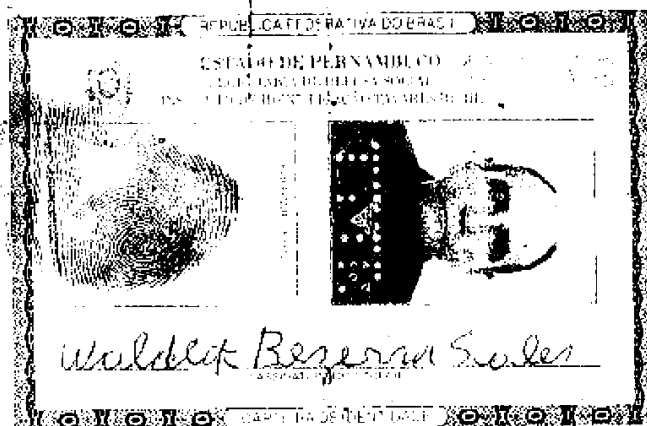
Num. 54894256 - Pág. 37

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Winfredo Borges Jélio</u>			
NOME DA MÃE: _____		CARTÃO SUS: _____	
CLÍNICA: _____	ENFERMARIA: _____	LEITO: _____	Nº DO REGISTRO: <u>1077898</u>
DATA DE NASCIMENTO: _____	IDADE: _____	PESO: _____	ALTURA: _____ SEXO: ☐ F. ☐ M. ☐
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fratura exposta rádio do tipo E</u>			
COMORBIDADE: _____			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>tratamento cirúrgico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): _____			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>26/02/19</u>		DATA DA ALTA: <u>27/02/19</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____		CID: _____	CARIMBO/REV. SORTEAMENTO: _____
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	QUIRÚRGICO	<u>Dr. Fabiano Campos</u>	
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO	<u>Dr. Henrique Vianna</u>	
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐	
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE CX. GÊNIO	☐	
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)			
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS			
<u>paciente em hospitalização</u> <u>tratamento cirúrgico</u>			
MEDIÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: _____			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fratura exposta rádio do tipo E</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: _____			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA		OBTO: _____	
☐ OUTROS: _____		☐ IMI: _____ SVC: _____ 60: _____	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO / AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO: <u>Leblano / Leblano / Leblano / Leblano para ambulatório UOP 19</u>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
<u>17</u> / <u>02</u> / <u>19</u> DATA		Dr. <u>Carlinhos Maciel</u> Médico Responsável ASSINATURA/CARIMBO/CRM	

Avenida Senador - São Martinho - Cordeiro
Recife/PE - CEP: 51130-000
Fone: (0XX) 81.3144.9600

FOLHA 16 DE 16





COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
372.905.504-63

Nome
WALDECK BEZERRA SALES

Nascimento
18/06/1962

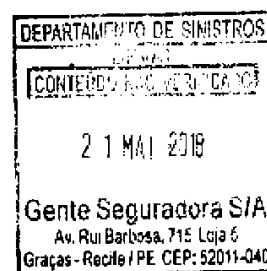
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

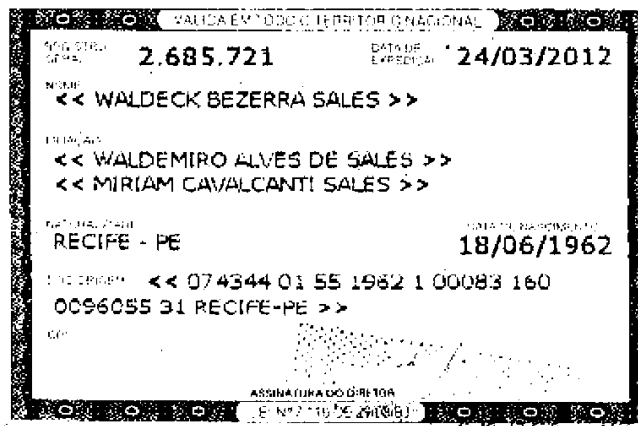
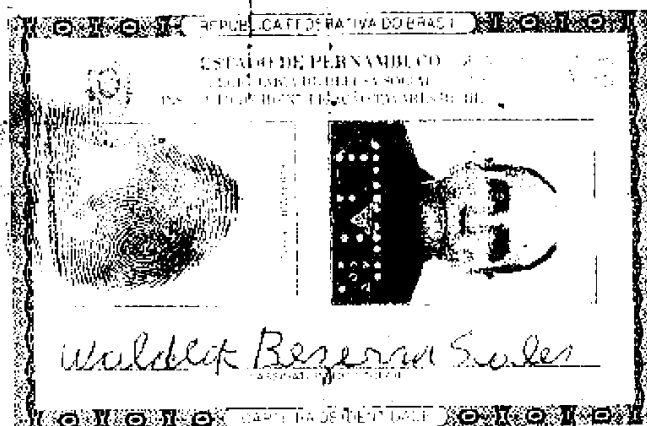
CÓDIGO DE CONTROLE
8059.AE2A.11FF.A8E3

A autenticação deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:02:55 do dia 28/03/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador 00





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
372.905.504-63

Nome
WALDECK BEZERRA SALES

Nascimento
18/06/1962

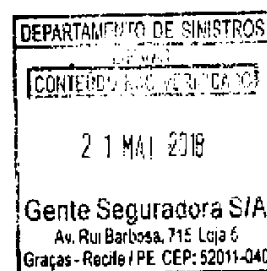
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
8059.AE2A.11FF.A8E3

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:02:55 do dia 28/03/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador 00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
 CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
 FABIO MACIEL DA SILVA

CPF
 013.735.384-13

DATA NASCIMENTO
 05/04/1986

ENDEREÇO
 FRANCISCO MACIEL DA SILVA
 EDJACI MARIA DA SILVA

PERMISSAO
 []

ACC
 []

CAT. HAB
 AB

NUMERO
 03280315125

VALIDADE
 06/06/2019

VALIDADE
 14/05/2004

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada
 MOTOPRESTADA

Assinatura
 Fabio Maciel da Silva

LOCAL
 RUI BARBOSA

DATA
 10/06/2014

ASSINATURA EM PRELHOS
 P. D. A.

60685440383
PE060187280

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
CONTENDO A ATUALIZACAO
21 MAI 2013
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CAPITAL NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
 FABIO MACIEL DA SILVA

CPF
 013.735.384-13

DATA NASCIMENTO
 05/04/1986

ENDEREÇO
 FRANCISCO MACIEL DA SILVA
 EDJACI MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC CAT HAB
 AS

VALIDADE
 06/06/2019 14/05/2004

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada
 MOTOPRESTADA

Assinatura
 Fabio Maciel da Silva

LOCAL
 RUA RIBEIRO PE

DATA EMISSÃO
 10/06/2014

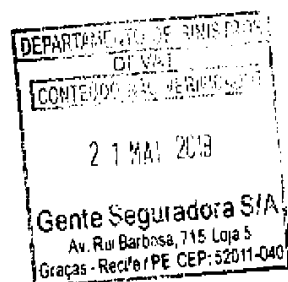
ASSINATURA EM PRELIMINAR
 P. D. A.

60685440383
PE060187280

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 962118630

PROIBIDO PLASTIFICAR
 962118630



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455952

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

Data do acidente: 25/02/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455952

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

Data do acidente: 25/02/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455952

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

Data do acidente: 25/02/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

OUTORGANTE: WALDECK BEZERRA SALES, brasileira,
estado civil SOLTEIRO, RG nº 2.685.721, CPF/MF sob nº
372.905.504, residente e domiciliado à rua
R- MARIO GOMES, nº 149
bairro DOIS UNIDOS, na cidade de
RECIFE, estado PERNAMBUCO

OUTORGADO: FÁBIO MACIEL DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 013.705.384-30, com endereço a rua Maria Tereza, 21- Aguazinha, na Cidade de Olinda, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Policlínicas, UPAs, Samu e Corpo de Bombeiros.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Recu. 19 de abril de 2011

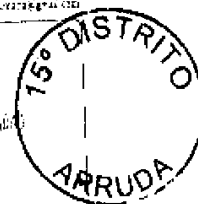
Wolcott Bezeerra Santos
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
COMISSÃO DE RESOLUÇÃO DE SINISTROS
21 MAI 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO ORTOGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO ORTOGANTE E DO ORTOGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA,"

PE Cartório de Registro Civil
 18 Distrito Juiz de Fora - Aracaju
 For 30.449 For - email: Secretaria@cartoriocivil-aracaju.com.br
 Reconhecido por autenticidade e firma indicada de
 MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
 lançada em minha presença, aos 08 de
 Janeiro, 19 de abril de 2019, às 15 horas.
 SILVIA RAQUE LINSQUE QUANTE RESERVADEMENTE AUTORIZADA
 Inscrição: Nº 3.59 TSE/DF Nº 1.20 Total: Nº 4.79
 Válido somente com o selo 0004617.0003201501.04122
 (12191172)
 Reconhecido autenticidade de firma digital



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

WALDECK BEZERRA SALES, brasileira,
estado civil SOLTEIRO, RG nº 2.685.721, CPF/MF sob nº
372.905.504 - 63, residente e domiciliado à rua
R- MARIO GOMES, nº 149
bairro DOIS UNIDOS, na cidade de
RECIFE, estado PERNAMBUCO

OUTORGADO: FÁBIO MACIEL DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no
CPF/MF sob nº 013.705.384-30, com endereço a rua Maria Tereza, 21-Aguazinha, na
Cidade de Olinda, estado de Pernambuco.

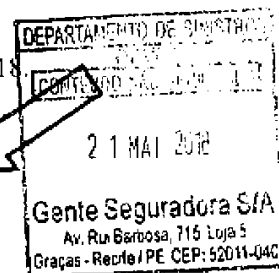
PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou
por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro
e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder,
Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como
tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça
necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Políclínicas, Upas, Samú e Corpo
de Bombeiros.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

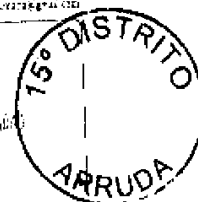
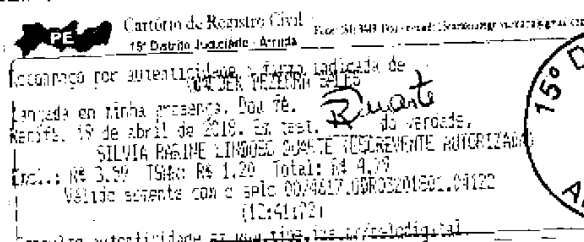
Recp. 19 de abril de 2018

Waldeck Bezerra Sales
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO
MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO
OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES
CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA
RECONHECIDA."



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

WALDECK BEZERRA SALES, brasileira,
estado civil SOLTEIRO, RG nº 2.685.721, CPF/MF sob nº
372.905.504-63, residente e domiciliado à rua
R- MARIO GOMES, nº 149
bairro DOIS UNIDOS, na cidade de
RECIFE, estado PERNAMBUCO

OUTORGADO: FÁBIO MACIEL DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no
CPF/MF sob nº 013.705.384-30, com endereço a rua Maria Tereza, 21-Aguazinha, na
Cidade de Olinda, estado de Pernambuco.

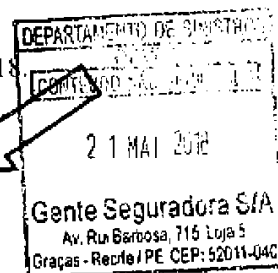
PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou
por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro
e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder,
Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como
tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça
necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Políclínicas, Upas, Samú e Corpo
de Bombeiros.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

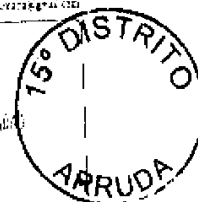
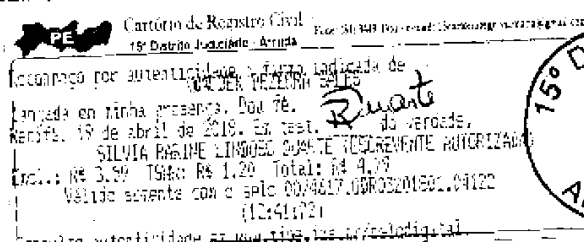
Recife, 19 de abril de 2018

Waldeck Bezerra Sales
OUTORGANTE

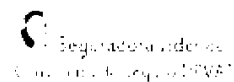
Reconhecer firma por autenticidade



Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO
MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO
OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES
CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA
RECONHECIDA."



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358537/18

Número do Sinistro: 3180455952

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

CPF: 372.905.504-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDEK BEZERRA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

FABIO MACIEL DA SILVA : 013.705.384-30

Comprovante de residência

WALDEK BEZERRA SALES : 372.905.504-63

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: FABIO MACIEL DA SILVA
CPF: 013.705.384-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

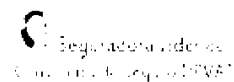
Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

FABIO MACIEL DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358537/18

Vítima: WALDEK BEZERRA SALES

CPF: 372.905.504-63

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALDEK BEZERRA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FABIO MACIEL DA SILVA : 013.705.384-30

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

WALDEK BEZERRA SALES : 372.905.504-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: FABIO MACIEL DA SILVA
CPF: 013.705.384-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

FABIO MACIEL DA SILVA

Marta Marinho dos Santos

