



14/07/2020

Número: **0016011-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WEDSON ARNOBIO DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64637459	14/07/2020 11:16	ANEXO 1	Outros (Documento)

...Informações sobre o veículo

Placa: KG1-5277

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 249

Cor predominante: VERMELHA

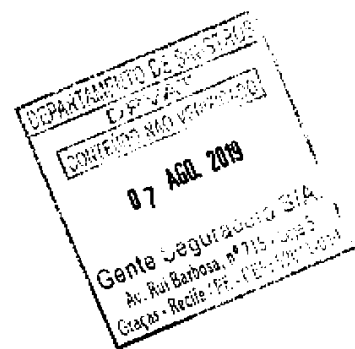
Chassi: 9C2MD34008R004478

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2007/2008

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00



05/07/2019 10:4



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA WEDSON RENOBO DA SILVADATA DO ACIDENTE 25/10/2019 CPF DA VITIMA 413.659.354-93PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL (CNP PARA MENOR)

AVITIMIA?

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTANº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SURUBIM UF PE CEP 55.150-000E-MAIL AFS6666663999@YAHOO.COM.BR TELEFONE (84) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
- ☒ CARTERINHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IME (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPRESSÃO DE APRESENTAR O LAUDO DO IME, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IME (CÓPIA NA IMPRESSÃO PELA VITIMA E RELACIONADO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA)
- ☒ BOLETIM DE ATESTADO DE HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS VALORES BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DETALHADA DE CHEQUE OU CAPTULO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERINHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERT DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PORÉM SE O IME

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
- () CARTERINHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IME (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
- () NA IMPRESSÃO DE APRESENTAR O LAUDO DO IME, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IME (CÓPIA NA IMPRESSÃO PELA VITIMA E RELACIONADO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA)
- () BOLETIM DE ATESTADO DE HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS VALORES BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DETALHADA DE CHEQUE OU CAPTULO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERINHA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERT DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PORÉM SE O IME

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - RETORNO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODPVATBRASIL.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EM REGISTRO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

E-MAIL

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466659

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Data do acidente: 25/05/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ESPLENECTOMIA, ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA E RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS. P3

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DO BAÇO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



CHINESE

400

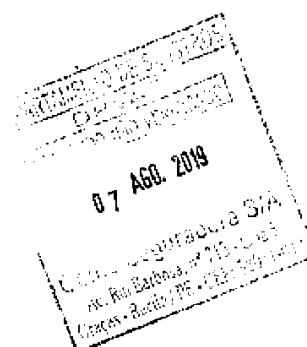
**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.**

NEW SECURITY OFFICE OF COMINT
SAC OPVAT 0800 072 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
1992		12/02	
VIA		CPF (CPF)	PLACA
1992		123.456.789	1234
RENAVAM		MARCA / MODELO	
123456789		FORD FOCUS	
ANOTAS	OUTROS	ANEXOS	
1234	5678	9012345678901234	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FINSIS	DEBANTAR (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
12345	1.01	12345	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	OP (R\$)	VALOR BÔNUS SEGURO (R\$)	
1.15	0.22	12345	
PAGAMENTO		DATA DE ENTREGA	
☒ GOTA ÚNICA	☐ PARCELADO	12/02	

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 01.245.808/0001-04

DE CABLE - URGENT



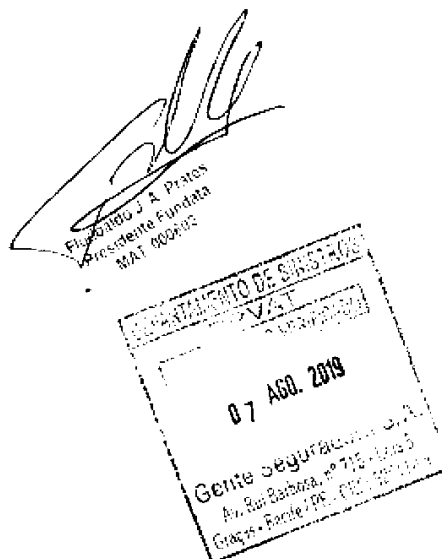
**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Wedson Arnóbio da Silva**, nascido 11 de dezembro 1995, deu entrada neste hospital no dia 25 de maio de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°8883 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital da Restauração /Recife Sob Senha 5691679.

Taquaritinga do Norte, 26 de junho de 2019.



Rodovia PE -130, Km. 08 - Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192.
E-mail: fundata@hotmail.com





SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: WEDSON ARNOBIO DA SILVA		Prontuário: 1679749	☒ ALTA
Idade: 23 Anos 5 Meses 19 Dias	Sexo: Masculino		☐ ÓBITO
Proc.:	Admissão no HR: 25/05/2019		☐ TRANSFERÊNCIA
Adm. Clínica:	Alta: 30/05/2019		☐ Outros:
Enfermaria /Leito: 718-L2			

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOICLÍSTICO NO DIA 25/05/19, COM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL DO ACIDENTE; NEGAVA VÔMITOS À OCASIÃO. FOI TRAZIDO À EMERGÊNCIA DO HR EM ESTADO GERAL REGULAR, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SENDO EVIDENCIADO EM TAC ABD NA EMERGÊNCIA LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE E LACERAÇÃO ESPLÊNICA IMPORTANTE, SUBMETIDO À CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM REALIZAÇÃO DE LE + ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS NO DIA 25/05/19, COM ACHADOS: PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE + LACERAÇÃO ESPLÊNICA >50% EM 1/3 SUPERIOR + LESÃO SANGRANTE EM SEGMENTO HEPÁTICO VI. PACIENTE ENCAMINHADO À ENFERMARIA DE CIRURGIA GERAL PARA SEGUIMENTO CLÍNICO, AINDA EM ESTADO GERAL REGULAR E ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM QUEIXA DE DOR EM MSE. PACIENTE NO 5º DPO EVOLUINDO BEM CLINICAMENTE E ACEITANDO DIETA SEM DIFICULDADES, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR COM DRENO CAVITÁRIO, E ORIENTAÇÕES PARA RETORNO AMBULATORIAL EM 1 SEMANA PARA REVISÃO E AVALIAÇÃO DE RETIRADA DO DRENO.

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TÓRAX 28/05/2019
HB 8,2 / HT 23,3 / LEU 14,910 / PAQ 148 / OOD 27/05/2019
RA 30,1 / CR 0,55 / G 92,8 / UR 23,93 / NA 135 / K 3,8 / CL 105
HB 8,4 / HT 23,7 28/05/2019
HB 7,9 / HT 22,4 29/05/2019
HB 9,1 / HT 25,1 30/05/2019

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EGB, ANICTÉRICO, AO EXAME, ACIANÓTICO, HIDRATADO, EUPNÉICO, ORIENTADO
AR MV AHT S/RA FR = 19 IR SAT 97 % EM AR AMBIENTE
ACV: RCR EM 2T SEM SOPRO, BLMAS NORMOFONÉTICAS FC = 63 BP
ABD: PLANO, RHA AUDÍVEIS, INDOLÓR A PALPAÇÃO, FLÁCIDO

DIAGNÓSTICO

5º DPO DE LE ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS (25/05/19), COM ACHADOS: PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE + LACERAÇÃO ESPLÊNICA >50% EM 1/3 SUPERIOR + LESÃO SANGRANTE EM SEGMENTO HEPÁTICO VI

TRATAMENTO REALIZADO

PO DE LE ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS (25/05/19), COM ACHADOS: PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE + LACERAÇÃO ESPLÊNICA >50% EM 1/3 SUPERIOR + LESÃO SANGRANTE EM SEGMENTO HEPÁTICO VI

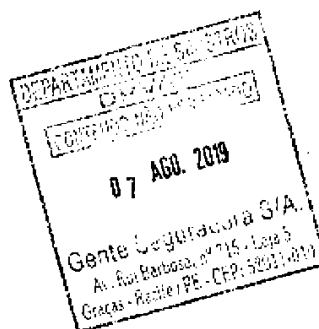
PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

- 1 - LAVAR PONTOS COM ÁGUA E SABÃO
- 2 - RETORNAR AO AMBULATORIO DE DR EUCLIDES NO DIA 05/06/2019 AS 08 HORAS DA MANHÃ, MARCAR AMBULATORIO HOJE NO TERREO
- 3 - ANOTAR O DÉBITO DO DRENO DIARIAMENTE E TRAZER JUNTO COM OS DOCUMENTOS DA ALTA PARA O AMBULATORIO ENCAMINHADO PARA O CRIE PARA TOMAR A VACINA CONTRA GERMES ENCAPSULADOS

MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF DR. EUCLIDES
MR2 DR JOÃO PAULO LIMA
MR1 DR LUCAS CASE

Lucas Case Fortes
Médico
CRM 27678



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: WEDSON ARNOBIO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1679749	ATENDIMENTO: 01432358
DATA DE NASCIMENTO: 11/12/1995	FOI ATENDIDO EM: 30/05/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 30/05/2019 ÀS 09:29	

Diagnóstico Provável:

5º PO DE LE ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS (25/05/19) , SECUNDÁRIO A ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Tratamento Realizado:

PO DE LE ESPLENECTOMIA + ELETROFULGURAÇÃO HEPÁTICA + RAFIA DE VASOS MESENTÉRICOS (25/05/19) , COM ADMISSÃO DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE EM CAVIDADE + LACERAÇÃO ESPLÊNICA >50% EM 1/3 SUPERIOR + LESÃO SANGRANTE EM SEGMENTO HEPÁTICO VI

Observação:

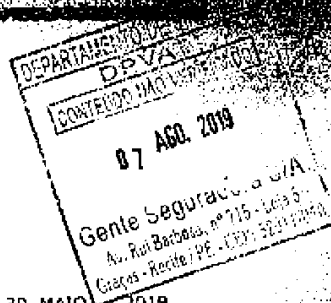
- 1 - LAVAR PONTOS COM ÁGUA E SABÃO
- 2 - RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR EUCLIDES NO DIA 05/06/2019 AS 08 HORAS DA MANHÃ , MARCAR AMPLAÇÃO DE PONTOS TÊRREO
- 3 - ANOTAR O DÉBITO DO DRENO DIARIAMENTE E TRAZER JUNTO COM OS DOCUMENTOS DA ALTA PARA O AMBULATÓRIO ENCAMINHADO PARA O CRIE PARA TOMAR A VACINA CONTRA GERMES ENCAPSULADOS

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR EUCLIDES NO DIA 05/06/2019 AS 08 HORAS DA MANHÃ , MARCAR AMPLAÇÃO DE PONTOS TÊRREO

Lucas Casé Ferraz
Médico
CRM-PE 27678

LUCAS CASE FERRAZ - CRM: Nº.27678



Recife, 30, MAIO, 2019

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.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



HUX 883272

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1679746

Nome: Welton Arnobio da Silva

Atendido em: 25/05/19 às: 10h do dia

Diagnóstico Provável: Fenda de osso da mão

Tratamento Realizado: Tratamento conservador com
Gesso Plaster

Observação: 100% consolidação da mão com
2 semanas
Apresenta de fratura por 90 dias

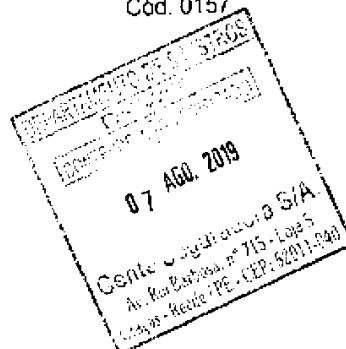
Cópia de:

Nota: 30/05/19

Dr. Leitor P. M. N.
CRM N° 27179

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

Cód. 0157



VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.754.002 23/01/2018

Nome: WEDSON ARNÓRIO DA SILVA >>

Nome: ARNÓRIO INACIO DA SILVA >>

Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA >>

Nome: TAQUARITINGA DO NORTE - PE 11/12/1995

Nome: TAQUARITINGA DO NORTE - PE 11/12/1995

Nome: 0000143 38 TAQUARITINGA DO NORTE - PE >>

Nome: 713.659.354-93

Nome: *Antônio de Jesus*

Nome: 101801256302100357890301 GERENTE DO INB F-78 51543

EC-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E MARCAS BIOMÉTRICAS

Wedson Arnório da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE REGISTROS

07 AGO. 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rua Barbosa, nº 715, Lapa

Grande - Recife - PE - 51010-000

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA,
RG nº 9.989.011, data de expedição 07/07/2014,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 127.179.564/76, com
domicílio na cidade de FORQUILHA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SANTA LUZIA, nº 29,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima WEDSON ARNÓBIO DA SILVA, cujo o condutor era
WEDSON ARNÓBIO DA SILVA.
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/XR 250 TORNAO
Ano: 2007
Placa: KGT-5277
Chassi: 902MD34008R004478
Data do Acidente: 25/05/2019
Local e Data: VARRIAZINHA DO NORTE (PE), 02/07/2019.

Wellington Arnóbio da Silva
Assinatura do Declarante

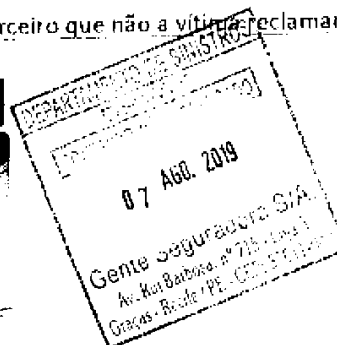
Welson Arnóbio da Silva

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

CARTÓRIO
Tabela de Tarifas e Custos
Rua da Tap. 15-A (Centro) - Jaqueiranga do Norte - PE
Fone: (81) 3333-1111 - Site: www.jaqueiranga-pe.com.br

Assinatura por autenticidade e firma de: WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA
Data: 02/07/2019. Em test. de
Verdade: (a) FELIPE AUGUSTO COSTA SANTOS - Escrevente
CNPJ: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40 FERM: R\$ 0,04
JUIZ SEG: R\$ 0,08. Solo: 0076519.GWU04701901.02627

Consulte autenticidade em: www.jaqueiranga-pe.com.br



[illegible]

REGISTRATIVO DE VOUCHER DE AVALIAÇÃO FISCAL							AUTOR	CONDIÇÃO
DATA DE EMISSÃO	VALOR	DATA DE PAGAMENTO	VALOR PAGADO	VALOR RESCUE	VALOR RESCUE			
01/01/2010	100,00	01/01/2010	100,00					
02/01/2010	100,00	02/01/2010	100,00					
03/01/2010	100,00	03/01/2010	100,00					
04/01/2010	100,00	04/01/2010	100,00					
05/01/2010	100,00	05/01/2010	100,00					
06/01/2010	100,00	06/01/2010	100,00					
07/01/2010	100,00	07/01/2010	100,00					
08/01/2010	100,00	08/01/2010	100,00					
09/01/2010	100,00	09/01/2010	100,00					
10/01/2010	100,00	10/01/2010	100,00					
11/01/2010	100,00	11/01/2010	100,00					
12/01/2010	100,00	12/01/2010	100,00					
13/01/2010	100,00	13/01/2010	100,00					
14/01/2010	100,00	14/01/2010	100,00					
15/01/2010	100,00	15/01/2010	100,00					
16/01/2010	100,00	16/01/2010	100,00					
17/01/2010	100,00	17/01/2010	100,00					
18/01/2010	100,00	18/01/2010	100,0					

LETTERMASSPORTANT

PROHIBU PLASIFICAR

VALIDA FM 7000
D YERATORIL NACIONAL
1219484604

4567

INDONESIA - GROUP 2K

74/76, 74/76, 74/76

FUGRO

NNA9C FERRANDIS DE

DISPATCH WORLD: MELO

VALTAMMI ROSTA DE
ALBOSMERQUE TERMANDES

[illegible]

_____ () _____ () _____ () _____ ()

25/09/1986

100

1

0-242

TIME PR 16 JUL 2015

1

47567079291
7270703046

[illegible]

10

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:16:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411164326800000063436733>
 Número do documento: 20071411164326800000063436733



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221264 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**¹.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar, punir, administrar, regular, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.134/93.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WEDSON ARNOBIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.659.354/93 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima WEDSON ARNOBIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.659.354/93 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____

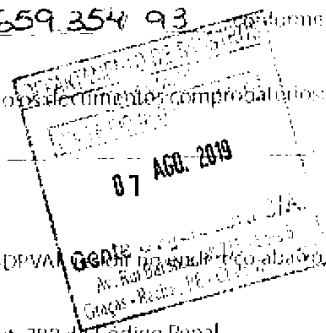
Renda: _____

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, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

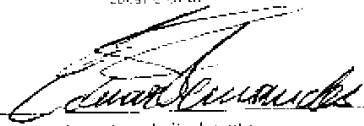
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço RUA JOÃO BATISTA		Número 370	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade SURUBIM	Estado PE	CPF 55750-000
E-mail AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR		Telefone comercial (DDD) (81) 9665 0454	Telefone celular (DDD) (81) 8133-5022

SURUBIM/PE de 27 de JULHO de 2019.

Local e Data



Assinatura do Declarante

DI - SRI 001 V001/2017



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TAQUARITINGA DO NORTE
HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 8883 DATA: 2019-5-25 HORA: 15:27:8

NOME: Waldson Amóbio da Silva

IDADE: COR: BRANCA ESTADO CIVIL: CPF: SUS: 28 anos

PAI: MÃE:

ENDEREÇO: SÍTIO DITI Nº

BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE

OCCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: 110/60 PULSO: _____ BPM: _____ PESO: _____

HGT: _____ TEMPERATURA: _____

Exame físico realizado por enfermeiro
Exame físico realizado por enfermeiro

ANAMNÊSIA

Exame físico realizado por enfermeiro
Exame físico realizado por enfermeiro
Exame físico realizado por enfermeiro
Exame físico realizado por enfermeiro

() ALTA () OBSERVAÇÃO () INTERNAMENTO () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO

Exame físico realizado por enfermeiro

PROCEDIMENTO: Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

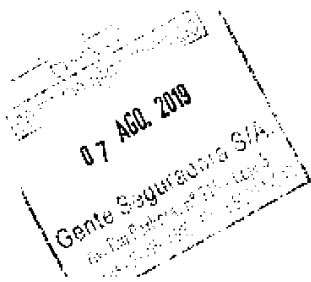
Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

Exame físico realizado por enfermeiro

50/10

1





0268390/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0220000507

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2019** às **13:20**

Complementa o BO Número: **19E0220000416**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **25/5/2019** às **15:00**

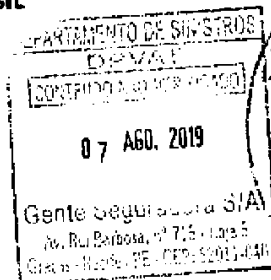
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, PE-90 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA (OUTRO)
 WEDSON ARNÓBIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

WEDSON ARNÓBIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA Pai: ARNÓBIO DA SILVA Data de Nascimento: 11/12/1995 Naturalidade: TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10754002/SD3/PE (RG). 71365935493 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 9995005085

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 29, RUA SANTA LUZIA - COAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA Pai: ARNÓBIO INÁCIO DA SILVA Data de Nascimento: 20/7/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TORITAMA, 29, RUA SANTA LUZIA - COAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

HONDA/XR 250 TORNADO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WEDSON ARNÓBIO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KG15277** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **943151368** Chassi: **9C2MD34008R004478**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Assinatura eletrônica de: <https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411164326800000063436733> 1/2



Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA, INFORMANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM O VEICULO ELENCADADO, QUANDO AO PASSAR POR UMA LOMBADA PERDEU O CONTROLE DO MESMO VINDO AO SOLO, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE TAQUARITINGA DO NORTE. É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

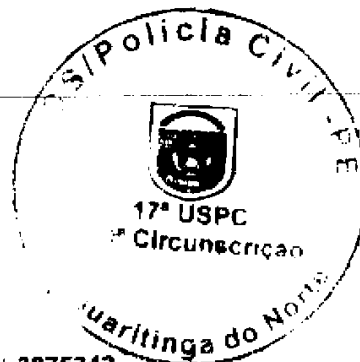
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Wedson Arnobio da Silva
WEDSON ARNOBIO DA SILVA

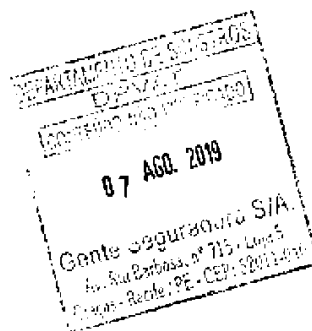
(VITIMA)

Wellington Arnobio da Silva
WELLINGTON ARNOBIO DA SILVA

(OUTRO)



B.O. registrado por: *Renato Henrique Mesquita Videres* - Matrícula: 3875342



02/07/2019

Secretaria de Defesa Social - INE OPOL

538532



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC DINTER130ª DESEC
Taquaritinga do Norte

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000416



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/07/2019 às 10:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 25/6/2019 às 15:00

Localidade onde ocorreu: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01, PE-90 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local da Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ACIDENTE)
WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA (OUTRO)
WEDSON ARNÓBIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): **WEDSON ARNÓBIO DA SILVA**

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

WEDSON ARNÓBIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mar. **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA** Pa. **ARNÓBIO DA SILVA** Data de Nascimento: 11/12/1995 Nacionalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 10754002/SDS-PE (RG) 71365935493 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereços Residenciais: - 9995005085

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 29, RUA SANTA LUZIA - COAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mar. **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA** Pa. **ARNÓBIO INÁCIO DA SILVA** Data de Nascimento: 20/7/1988 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 29, RUA SANTA LUZIA - COAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

HONDA XR 250 TORNADO (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA** em posse de(a) Sr(a): **WEDSON ARNÓBIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KG15277** (PERNAMBUCO) (TAMPA) Registro: **943151368** Chassi: **9C2MD34008R004478**
Ano/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

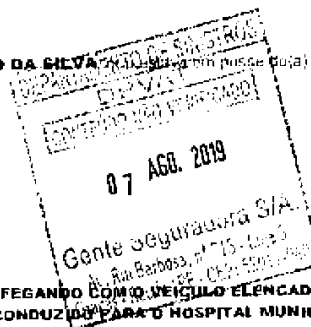
Complemento / Observação:

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, INFORMANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM O VEICULO ELENCADO, QUANDO AO PASSAR POR UMA LOMBADA PERDEU O CONTROLE DO MESMO VINDO AO SOLO, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE TAQUARITINGA DO NORTE. É O QUE SE CUMPRE REGISTRAR.

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

WEDSON ARNÓBIO DA SILVA
WEDSON ARNÓBIO DA SILVA
(VÍTIMA)
WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA
WELLINGTON ARNÓBIO DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **RODRIGO DE JESUS LIMA** - Matrícula: **3874877**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha (n)s tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do(s) contrato(s) AGR: 713.659.354-93 3 - CPF do(s) titular: WEDSON ARNOBIO DA SILVA 4 - Nome completo da vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - (CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012)

6 - Nome completo: WEDSON ARNOBIO DA SILVA 7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: RUA MARIA FERRAZ BRITO 9 - Número: 50 10 - Complemento: CASA 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: JAQUARITINGA DO NORTE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55790-000 15 - Tel. (DDD): (33) 9665-0454

DADOS CADASTRAIS

16 - Nome completo do Representante Legal: 17 - Profissão do Representante Legal: 18 - Nome do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todas as fins de direito, que a informação e/ou informação contida no presente comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO EM INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA

21 - DIADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (investe para o futuro, não tem prazo de resgate) ☐ CONTA CORRENTE (para movimentação diária)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 33871 AGENCIA: CONTA:

1 - Informar o código do banco 2 - Informar o código da agência 3 - Informar o código da conta 4 - Informar o código do tipo de conta

Autorizo a seguradora Líder a solicitar informações ao Banco em nome da minha titularidade para a emissão do seguro DPVAT, com o objetivo de garantir a cobertura do seguro DPVAT, conforme a legislação em vigor.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as fins de redução do Seguro DPVAT, por não ter sido submetido a uma avaliação médica especializada, uma vez que assinalar uma das opções:

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Declaro, sob as penas da lei, que não sou titular de nenhuma outra indenização por acidente de trânsito (DPVAT), por não ter sido submetido a uma avaliação médica especializada, uma vez que assinalar uma das opções:

☐ Não sou titular de nenhuma outra indenização por acidente de trânsito (DPVAT), por não ter sido submetido a uma avaliação médica especializada, uma vez que assinalar uma das opções:

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 35 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

36 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 37 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

38 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 39 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

40 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 41 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

42 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 43 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

44 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 45 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

46 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 47 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

48 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 49 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

50 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 51 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

52 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 53 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não

54 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não 55 - Se a vítima deixou comprovante(s) de identificação completo(s): ☐ Sim ☐ Não



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha (m) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Vítima, Instrutor, AGI	3 - CPF da vítima	4 - Nome completo da vítima
	713.659.354-93	WEDSON ARNOBIO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5. Nome completo
WEDSON ARNOBIO DA SILVA
7. Endereço
RUA MARIA FERRAZ BRITO
11. Bairro
CENTRO
12. Cidade
JAQUARITINGA DO NORTE
13. Estado
PE
14. CEP
55790-000
15. Telefone
(31) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 E 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Agente/ante Legel

19) - 2002 5582 do Representante Legal

[illegible]

Declaro, para todos los fines pertinentes, residir en el siguiente domicilio informado, con fines comprobables anexo (ANEXO) con una copia de una de las siguientes:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ R\$1.000 A R\$1.000,00	☐ R\$2.000,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.200,00 A R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DO BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ **CONTA POUPANÇA** (você investe para o futuro usando o dinheiro que sobra)
☐ **CONTA CORRENTE** (para todos os tipos de uso)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 0 CONTA: 31871 X AGÊNCIA: CONTA:

Autoriza-se o uso do material desta publicação em caráter exclusivo para fins de pesquisa científica e acadêmica, desde que não haja intuito comercial e seja dada a devida citação da fonte.

As informações aqui contidas são de caráter reservado e não devem ser divulgadas a terceiros sem a devida autorização da Comissão de Administração da Companhia.

22. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ DE RENDIMENTO

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a parte do histórico escolar citado, para os fins legais da lei que librava, portanto declaro permanentemente, uma vez que [assinilar uma das opções]:

☒ Não há PML que atenda a região do aumento ou da minha residência: 00

☐ O IAT, que atende a região do acidente e a da minha residência, não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O Wal, que pretende a regulação da indústria do cinema residente e a redução da concorrência, superou o 1.º lugar, com 30,5% dos votos.

...a partir da análise dos dados, constatamos que a maioria dos sujeitos (80%) não possui conhecimento sobre a importância da prevenção e da promoção da saúde, bem como a necessidade de buscar ajuda profissional quando necessário. Além disso, observamos que a maioria dos sujeitos (75%) não possui conhecimento sobre a importância de manter um estilo de vida saudável, como a prática de exercícios físicos e a alimentação adequada. Portanto, podemos concluir que a maioria dos sujeitos não possui conhecimento sobre a importância da prevenção e da promoção da saúde, bem como a necessidade de buscar ajuda profissional quando necessário. Além disso, observamos que a maioria dos sujeitos (75%) não possui conhecimento sobre a importância de manter um estilo de vida saudável, como a prática de exercícios físicos e a alimentação adequada.

Journal of Management Education 32(1) 1-12

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

2) Grande Paroquia de Santa Eufêmia 20 - Vila Rica (desconhecida atualmente) ☐ Sim ☐ Não

28. Vinda ☐ Sim ☐ Não 29. Se tinha filhos, informar
quantos filhos vivos? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 41

Estou ciente de que a garantia não pode ser usada para obter o valor de reembolso e que a garantia não pode ser usada para obter o valor de reembolso.

estive and plant available nitrogen and phosphorus in the soil. The average of the values obtained in the different samples of the same group, in the different years and in the different plots, was used to calculate the mean value for each group. The results are presented in Table 1.

48-12 } Name: _____

35) Montre le $\log$ vel de quar zones a $\log 5/2$ (redim)

Assicurata da Testamondo

46 - CPF: _____	19 - 2ª Nome _____
	CPF: _____

Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE 19/07/2019

Signature of the Association Chairman/Beneficiary and Declarant: Johnathan Williams

42- Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43- Assinatura do Procurador (se houver) _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:16:43

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411164326800000063436733>

Numero do documento: 20071411164326800000063436733





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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466659

Vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000711-0

Conta: 000010031871-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466659

Vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WEDSON ARNOBIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14688005



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00711-0

CONTA: 000010031871-1

Nr. da Autenticação 617231ED1DDBBEAF



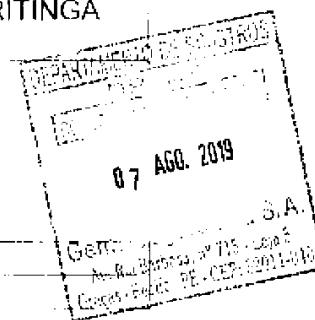
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: WEDSON ARNOBIO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 10.754.002 SDS/PE CPF: 113.659.354-93
DATA DO ACIDENTE: 25/05/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: WEDSON ARNOBIO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA MARIA FERRAZ BRITO, 50, CENTRO, TAQUARITINGA DO NORTE-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.



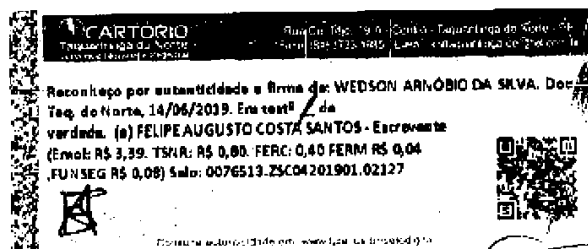
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TAQUARITINGA DO NORTE - PE 12 DE JUNHO 2019

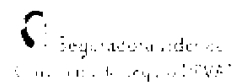


ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268390/19

Vítima: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

CPF: 713.659.354-93

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WEDSON ARNOBIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

WEDSON ARNOBIO DA SILVA : 713.659.354-93

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: 07/08/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

