

---

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2014

Carta n°: 5603433

A/C: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

**Sinistro:** 2014958678  
**Vitima:** VANDSON GOUVEIA DE SOUZA  
**Data Acidente:** 01/08/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **05/11/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Tokio Marine Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**  
**EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Atendimento: 67855

Prontuário: 229339

Data Nasc.: 08/07/1993

Idade: 21

Sexo: MASCULINO

Cor: BRANCA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:

Nº 57

Endereço: RUA JOSE MANOEL DA SILVA

Bairro: CENTRO

Cidade: CLÍPIRA

CEP: 55160000

Fone:

Profissão:

Nome da Mãe: JOSEFA DE GOUVEIA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Clínica: CIRURGIA GERAL

Estado: PE

**2 - ATENDIMENTO**

Data: 01/08/2014 22:53

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal (HDA):

Agredido por círculo de amigos.

Sintoma Físico:

2 ferida penetrante, com 10 cm de fundo PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

a) FUNDO = 4x7

b) FC = 60 bpm

c) Escalagem painel 15: 2º grau

Diag. Provisório:

Estômagos náuseas

Selar de contatos em articulação D.

Teléfonos

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data:

Horário

1) banho e lavatório

Flávia Fernandes L.S.  
Médico  
CRMPE 13141

Enfermagem ERJ  
V

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA**

3. Evolução / Exames:

*08/10/2014 - 10:10 AM*

*Exames: Nulos.*

*Cst: OKA.*

*SG. VITÓRIO 1025 LIMA  
Endereço: Rua 1025  
Número: 1025  
Bairro: Centro  
Cidade: Olinda  
UF: PE  
CEP: 54.660-300*

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

Paciente  Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome:

RG:

Endereço:

Tel:

Data:

Assinatura

Autorização de Procedimento:

Paciente  Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel:

Procedimento:

*(EDR)  
Serv. Téc. da Seg. Ltda.  
30 OUT. 2014*

Diag. Definitivo:

Assinatura

Destino do Paciente:

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido  
 Transferência: \_\_\_\_\_  Internamento: \_\_\_\_\_

Condição de Alta:

Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

Data:

Hora:

Médico:

CRM:

14/10/2014 10:51:59 PM

*Dr. Victor Ribeiro Lima  
Ortopedista, Reumatologista  
CRM: 16.511 - Recife  
CRF: 16.511 - Recife*

Usuario do Atendimento

THAISLT

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6069414

A/C: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

**Sinistro:** 2014958678  
**Vítima:** VANDSON GOUVEIA DE SOUZA  
**Data Acidente:** 01/08/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

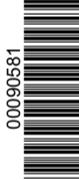
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vanderson Genuíco de Souza

RG nº 8.748.022, data de expedição 1/1, Órgão

CPF nº 109.507.194-71, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>José Manoel da Silva</u>
Número	<u>67</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Lentro</u>
Cidade	<u>Luxa</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55960-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9192-3691</u>
E-mail	

Por ser verdade, fimo-me.

Local e Data: Santo Cruz do Cap. Barreto

Assinatura do Declarante:

Vanderson Genuíco de Souza





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.434, de 26/04/02  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Bixiga, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual: 0026463-93 | www.cepeb.com.br

JOSEFA DE GOUVEIA

ENCERRO DA CIDADE NOVAFRANCIA  
RUA JOSE MANOEL DA SILVA 87

CPF: 045.257.294-08 NIS: 16195837913

CENTROCLUB

CLASSE D.2.2.2  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monte das Cerejeiras

CENTRO/CUPIRA  
 CUPIRA/PE  
 55460-000  
 DENTRO/CONTRATO  
**4007560392** MES/ANO  
 07/2014  
 DATA DE VENCIMENTO  
**08/08/2014** DATA PRIMERA PREGONA LECTURA  
 TOTAL A PAGAR (R\$)  
**32,97**

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  
Contribuição Iluminação Pública  
Multa por atraso-NF 002151430 - 16/05/14  
Atraso por atraso-NF 002151430 - 16/05/14

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0,12583747	3,78
70.000000	0,21537853	15,08
28.000000	0,32209780	9,28

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTES	EXISTE	CONSUMO (mwh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
7055711	AT	18/05/2014	8782,00	18/07/2014	8911,00	30	1,00000		129,00

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)				Composição do consumo	
		BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPACTO		R\$	%
ABR14	128				Geração de Energia	25,00	33,75
JUN14	125	125,00			Transmissão	0,71	1,70
MAR14	148	PUB	26,16	6,66	Distribuição (Celpe)	13,00	33,00
ABR14	130	125,00	26,16	6,66	Energias Renováveis	1,45	3,47
MAR14	130				Impostos	1,08	2,58
FEV14	128				Total	75,84	100
JAN14	143						
DEZ13	11				Consumo Abre até 30 kWh	0,0381330	
NOV13	148				Consumo Abre superior a 30 até 100 kWh	0,2671000	
OUT13	119				Consumo Abre superior a 100 até 200 kWh	0,1046800	
SET13	132						
AGO13	124						
AA13	115						

A partir de 2011 haverá um reajuste anualizado da base de beneficiários. Neste sentido, o reajuste é feito sobre a base do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), que é calculado anualmente pelo IBGE. O reajuste é feito sempre em 1º de outubro. No caso da base de beneficiários, o reajuste é feito sempre em 1º de outubro, de acordo com a legislação que estabelece que o reajuste deve ser feito sempre no mesmo dia, independentemente da data de aprovação da lei que institui o reajuste.

**Rádio Estadual** de 2013, e  
ainda anteriormente, este redatorismo  
muito, para a compreensão de  
que ocorrência das discussões do  
comunicador, os subsídios des-  
se "fazimento social" (ver "Anexo").  
Um 12.000/2013, esse descreve  
que "não é estranho dizermos  
que o conhecimento social é de-  
pendente nem étnico nem racional  
já que pode ser mediado por  
estruturas apoiadas em propriedades  
sociais".

CÓDIGO ALFABÉTICO	VALOR APROVADO PARCIAL	LIMITE MENSAL -		LIMITE ANUAL	TIPO DE ADMISÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÁXIMO
		LIMITES MENSUAIS	LIMITES MENSUAIS				
S10	5,70	11,20	22,60	45,20			
S11	1,00	0,24	1,68	32,16			
S12	3,70	6,19	12,39	60,00			
LIMITE DICTADO		LIMITE DE VARIACIÓN (%) MÍNIMO		LIMITE DE VARIACIÓN (%) MÁXIMO		LIMITE DE VARIACIÓN (%) MÍNIMO	

SOLUCAO DE PROBLEMA  
SERVICO DE SERVICOS  
PROGRAMA VAI LIGAR COMO RECENTE DE PROGRAMA

3 500-10-282994  
SERIAL NO. 04/05/2014 DATE ISSUED

RUA JOSE VERSOSIMO DE SOUZA N°27  
CENTRO CLP/PR



Serv. Téc. de Segs. Ltda. (EDR)

30 OUT. 2014  
PROTÓCOLO

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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014958678 - 1

Nome do(a) Examinado(a): VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE MANUEL DA SILVA nº 67 - CENTRO - CUPIRÁ/PE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 8748022 - SSP

Data local do exame: 21/01/2015 CARUARU/PE

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### TRAUMA CONTUSO NO COTOVELO DIR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

#### TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### DOR AOS ESFORÇOS E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO COMPLETA DO COTOVELO DIR

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### COTOVELO DIR

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CARUARU, 21/01/2015

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM: 52533315

  
Dr. Armando Sousa de Araujo  
Médico Perito  
CRM-RJ 52 5333-15  
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Vandereson Genuino de Souza, portador da carteira de identidade nº 8.748.022 e inscrito no CPF/MF sob o nº 109.507.194-71, residente e domiciliado na Rua Manoel do S. Luiz 67, Cidade Lipia, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Vandereson Genuino de Souza

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Santo Amaro de Pernambuco,

Local e data

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6069414

A/C: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

**Sinistro:** 2014958678  
**Vítima:** VANDSON GOUVEIA DE SOUZA  
**Data Acidente:** 01/08/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

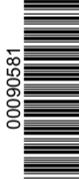
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Seguradora Lider • DPVAT**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE PRESTAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SENISTRO

#### CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados da beneficiária da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros; ainda que esses sejam precatórios. Recomenda-se o preenchimento em letra de fome e sem riscos, para evitar stress no recebimento da Indenização no bônus.

EU "Tandrasen Service ist Sonja

POR TADOR(A) DO RG Nº 8 288 0022 EXPEDIDO POR 0 EM 11/11/2022

CPF 409603194-91 ADER [REDACTED] PROFISSÃO [REDACTED]

E REDEMA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REIMBOLSO D  
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA Anderson Gennaro da Santi, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUR  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABACAO PRESTADAS.

(\*) A Circular Sasep nº 445/2012, que trata de prevenção à lavagem do dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todos os provedores envolvidos no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da constituição e da filiação de pessoas naturais.

 **Be safe! A driver who has been drinking is more likely to cause an accident.**

### 3) Qu sont les deux types de forces qui agissent sur un solide?

- Conta sóbria e/ou beneficiária;
  - Conta pessoa jurídica;
  - Conta corrente quando o beneficiário/vítima não for o titular;
  - Conta tipo FÁCIL: ativação para o titular da carteira de identidade financeira municipal;
  - Conta tipo FÁCIL operação 623 do CEF (Cartão Beneficiário Poder);
  - Conta-POUPANÇA operação 613 do CEF aberta em instituição financeira com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
  - Conta Bancária, instalação em um ponto de atendimento que será aceita proposta de abertura de conta como documento comprovativo das suas beneficiárias;

2) O CPF de beneficiário/vítima não pode estar inativo, pendente de regularização ou cancelado (consulte o site do SPCON e/ou SUSEP).

**3.6.2. CNE de cada Institución para darles más detalles sobre el manejo de información de CNE conforme al **SISTEMA SEDATIVA**.**

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAMOS OS TÍTULOS DE TODOS OS BANCOS) BANCO 201 AGENCIA 10629 INCLUI O NÚMERO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR - CONTA-CORRENTE 21306-9

**CRÉDITO EM CONTA-POURPARÇA DO SISTEMA BANRESERVA**

Digitized by srujanika@gmail.com

**BANCO 001 - AGENCIA** \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • **CONTA-POUPANÇA** \_\_\_\_\_

**СИСТЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ** – это комплекс мер по социальной поддержке граждан, направленный на обеспечение их социальной безопасности.

This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

BANCO 104 - AGENCIA \_\_\_\_\_ PÁGINA O DIREITO VERIFICAR SE DA AVALIA, SE EXISTIR - CONTA PAGAR \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CÉDULA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE. CONTA NELA, INTEGRALMENTE, O VALOR DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS DIFERENÇAS ACIMA ESTIMADAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO CERTO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Santo Amaro da BrotanhDATA 24/10/14

Vanderbilt General d. Socy

#### • ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.300,00 em caso de morte (valor que será pago ante hipóteses de irreversibilidade, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.300,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e do acidente) e cobertura de seguro previdência no valor de R\$ 2.700,00 em caso de óbito ou invalidez permanente irreversível.

OS/11/11  
EE 02/05  
Julio  
SIS88 - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
18/12/2014 - Autoatendimento - 17:27:02  
071170413 0766

FAVORECIDO  
CLIENTE  
AGÊNCIA: 10852-9  
VALOR TOTAL \*  
NR. ENVELOPE

VANDSON GOUVEIA DE SOUZA  
CONTA: 21.706-9  
61.88  
2.887.867.821

\* Valor sujeito a conferencia.

\* Dados do Envelope: nº 2.887.867.821

\* acolhido em: 18/12/2014, na Agência 0711-0.

SEU ENVELOPE SERÁ PROCESSADO  
NO PRÓXIMO DIA ÚTIL.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO  
SER PROCESSADA.

Leda no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



Vandson Gouveia de Souza

# 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: 26/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDSON GOUVEIA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01052-9

CONTA: 000000021706-9

---

Nr. da Autenticação D240FEDB638E1E9B



GOVERNO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14I0319109458

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia  
**24/10/2014 às 09:50**

**ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposo ( Consumado )** que aconteceu no dia **01/08/2014 às 21:30**

Fato ocorrido no endereço: **AAVENIDA DE CUPIRA** - Bairro: **CENTRO** - Município: **CUPIRA** - Estado: **PERNAMBUCO**  
Local do fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA ( VITIMA )

EDILENE MARIA DOS SANTOS ( OUTRO )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO : ( OUTROS MOTIVOS ), que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA

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

( VITIMA ) - VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA; Sexo: Masculino ; Pai: VALDECI ALVES DE SOUZA; MÃe: JOSEFA DE GOUVEIA; Data de Nascimento: 09/07/1993;; Naturalidade: AGRETINA / PERNAMBUCO / BRASIL; Documentos: 8748022 ( RG ) , 109.507.194-71 ( CPF ) ; Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão:NAO INFORMADO ; Telefone de Contato:(81)9192-3691;Telefone Celular: NÃO INFORMADO ; Endereço Residencial : JOSE MANOEL DA SILCA , 0; 55460-000; CENTRO; CUPIRA; PERNAMBUCO; BRASIL.

( OUTRO ) - EDILENE MARIA DOS SANTOS; Sexo: Feminino ; Data de Nascimento: NÃO INFORMADO ; Documentos: 097.240.214-40 ( CPF ) ; Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão:NAO INFORMADO ; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO ;Telefone Celular: NÃO INFORMADO ;

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

VEICULO ( VEICULO ) que é de propriedade do(a) Sr(a): VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA

Categoria: MOTOCICLETA; Marca do Objeto: HONDA; Modelo do Objeto: BROS; Placa: NXV5381; Cor do Objeto: VERMELHA; Quantidade:: 1 ( UNIDADE ) ;Valor Unitário: 0,00 ( REAL )

**Complemento / Observação**

EU, VANDERSON GOUVEIA DE SOUZA, ESTAVA VOLTANDO COM MINHA NAMORADA, EDILENE MARIA DOS SANTOS PARA CASA DA PIZZARIA, E QUANDO AINDA ESTÁVAMOS NA AVENIDA PRINCIPAL DE CUPIRA, COLIDI COM UMA OUTRA MOTO QUE TRANSITAVA PORQUE NÃO VI QUANDO O CONDUTOR DEU SINAL QUE IRIA TROCAR DE VIA.



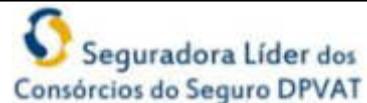
"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: [servicos.sds.pe.gov.br/delegacia](http://servicos.sds.pe.gov.br/delegacia), de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial: **CRISTOVÃO SCARES BARRETO - MAT. 151.519-5**

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014958678      **Cidade:** Cupira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDSON GOUVEIA DE SOUZA      **Data do acidente:** 01/08/2014      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO COTOVELO DIR

**Descrição do exame** DOR AOS ESFORÇOS E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO COMPLETA DO COTOVELO DIR  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

**CRM do médico:** 52533315

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

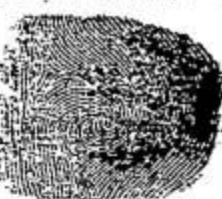
**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

ESTADO FEDERATIVO  
DA PARAÍBA

07R-23



Vandson Gouveia de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

## MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

## COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**109.507.194-71**Nome  
**VANDSON GOUVEIA DE SOUZA**Nascimento  
**09/07/1993**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
NOME	DATA DE EXPEDIÇÃO
<b>8.748.022</b>	
22/04/2009	
<< VANDSON GOUVEIA DE SOUZA >>	
<< VALDECI ALVES DE SOUZA >>	
<< JOSEFA DE GOUVEIA >>	
NATURALIDADE	
AGRESTINA - PE	
DOC. DIREITO	
<< CN.16162 L.15A F.231 CART.CUPIRA-	
PE-07.02.2000 >>	
LEI Nº 7.116 DE 20/06/83	

092955

CÓDIGO DE CONTROLE  
**ACBF.F22B.3EEE.AB5F**

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 21:46:14 do dia 27/02/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037\*

