



Número: **0051735-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
72008 282	03/12/2020 12:24	<u>ANEXO 1</u>
Outros (Documento)		



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180176083**
Vitima: **VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **13/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180176083**.

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 12683527

Pag. 00511/00512 - carta_01 - INVALIDEZ



00030256



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>
Número do documento: 20120312242200300000070593903

Num. 72008282 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180176083**
Vitima: **VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **13/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180176083**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00143/00144 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS 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.

Carta nº 12720487

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>
Número do documento: 20120312242200300000070593903

Num. 72008282 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS**

Sinistro: **3180176083**
Vítima: **VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **13/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180176083** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12938055

A/C: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180176083
Vitima: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS
Data do Acidente: 13/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000060677-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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: **3180176083**

Nome do(a) Examinado(a): **VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ARMANDO RABELO nº 60 - VILA CHA DE SAPE RURAL - ITAQUITINGA/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 53378180050 - SSP**

Data e local do acidente: **13/02/2018 GOIANA/PE**

Data e local do exame: **28/05/2018 GOIANA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/02/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO 8 EM FAIXA POR UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA E, 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA GRAU I.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

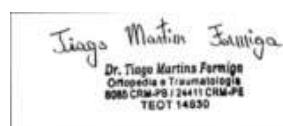
Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>

Num. 72008282 - Pág. 5

Número do documento: 20120312242200300000070593903



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 0221294 ou 0800 3221296 (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.

E 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 7- "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 de Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

087.005.544 - 56

Nome completo da vítima

Walter José Galdino dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo:
Walter José Galdino dos Santos

CPF titular da conta:
087.005.544 - 56

Prefixo:

Endereço:
Rua Armando Rabelo

Número:

Complemento:

Bairro:
Vila Chá de Sape

Cidade:
Itaquitinga

Estado:

CEP:
55950 - 000

Email:
Assessoria.Goiama@gmail.com

Telefone (DD+):

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECURSO INFORMAR	SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
RS 1.001,00 ATÉ RS 5.000,00	RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00	RS 3.001,00 ATÉ RS 10.000,00	ACIMA DE RS 10.000,00
X CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Recorde uma opção)			
BRASILEIRO (237)	BANCO DO BRASIL (001)	ITAU (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA 091	CONTA 60677	5	AGÊNCIA 000
Informar digito de senha	Informar digito de senha		Informar digito de senha
			Informar digito de senha

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

Itaquitinga 05 de Abril de 2018
Local e Data

Walter José Galdino dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPF 001 0001/2017

GUANÁ SEGUROS

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

18 ABR 2018





UNA SEGUROS
18 ABR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>
Número do documento: 20120312242200300000070593903

Num. 72008282 - Pág. 7

2 de 2

08/03/2018 09:27



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44^aCIRC
DINTER1/11^aDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0134000746

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/03/2018 às
10:30

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 13/2/2018 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA USINA SANTA TEREZA, 81** - Bairro:
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**RENATO CAETANO DE SENA (AUTOR / AGENTE)
VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS (VITIMA)**

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): RENATO CAETANO DE SENA**

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

VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **AURICELIA GALDINO DOS SANTOS** Pai: **INALDO JOSE DOS SANTOS**
Data de Nascimento: **18/3/1999** Naturalidade: **ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8227217/SDS/PE (RG), 88788664456 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO DE INFORMATICA**
Endereço Residencial: **RUA ARMANDO DA CUNHA RABELO, 68, BAIRRO CHÁ DE SAPE - CEP: 5 - Bairro: CHÁ DE SAPE - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RENATO CAETANO DE SENA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ELIANICE CAETANO RIBEIRO** Pai: **MANOEL BALBINO DE SENA** Data de Nascimento: **27/10/1981** Naturalidade: **ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6961929/SDS/PE (RG)** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 982352223**

Endereço Residencial: **RUA TEOFILO DO REGO, 81 - CEP: 5 - Bairro: CHÁ DE SAPE - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): RENATO CAETANO DE SENA,
que estava em posse do(a) Sr(a): RENATO CAETANO DE SENA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 Bros** Objeto apreendido: **Não**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PFB4037** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **380546321** Chassi:
8C2KD0550CR509201
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA O NOTICIANTE QUE NA DATA RETRO, ESTAVA COMO PASSAGEIRO DO REFERIDO VEÍCULO, JUNTO COM UM AMIGO SEU DE NOME WILLAMES E QUE, DESLOCANDO-SE DA CIDADE DE ITAQUITINGA EM DIREÇÃO A ESTA CIDADE E GOMARÇA, ENTRE CHÁ DE SAPÉ E A VILA SANTA TEREZA, A MOTO DERRAPOU NA ESTRADA VICINAL, OCASIONANDO DESLOCAMENTO/LUXAÇÃO DA CLAVÍCULA ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, CONFORME PRONTUÁRIO ANEXO.
DIANTE DO EXPOSTO, SEM MAIS A ACRESCENTAR

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

X Valter José Galdino dos Santos
VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE GABRIEL DA SILVA** - Matrícula: **273882**

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE GOIANA
44º CIRCUNSCRIÇÃO

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221226 (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 VITIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (não 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: Valter Jose Galdino dos Santos CPF da Vítima: 087.005.544-56 Data do Acidente: 13.02.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Antônio Yves Cordeiro de Mello Júnior

Email: cordeiro.yves@aruanaseguros.com.br Telefone: (011) 3001-2017

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 atende 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 permanentemente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha licenciatura sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica a constar na 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.

Jagutinga 05 de Abril 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018

Velto José Galdino dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA: 03/12/2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
 XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
 HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2018/ET002623	Data e Hora de Atendimento: 13/02/2018 23:11	Prontuário Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: Emergencia Traumatologica
--------------------------------------	---	--	--

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:
181625 VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS
 Registro SUS:
705200491167478
 Nascimento: 18/03/1999 Idade: 18 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: TEC DE INFORMATICA Naturalidade: ITAQUITINGA Nacionalidade: BR
 Documento de Identidade: Filiação: **INALDO JOSE DOS SANTOS**
EURICELIA GALDINO DOS SANTOS
 Endereço (Av., Rua, etc.) **RUA AMANDO RABELO 60** Complemento:
 Bairro **ITAQUITINGA** Cidade: **ITAQUITINGA** UF: **PE** Telefone: **92292884**
 Acompanhante: **AURICELIA/MAE**
 Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim Não

Procedência: **VIA PÚBLICA**

Meio de Transporte: **Carro**

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse _____
 () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
 () Fadiga () Distúrbios visuais () Paraesthesia e/ou Paralisia de parte do corpo
 () Dor Local _____
 () Queixa urinária _____
 () Sangramento, Loc. _____
 Outras queixas: **Caiu de moto (pano)**

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
 () Pediatria
 () Cirurgião
 () Ortopedista/
 () Serviço Social
 () Maternidade
 () Enfermagem
 () Outros: _____

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
 () Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () AVC
 () Outros: _____
 () Uso de medicamentos: _____

Classificação:

Sinais Vitais

P.A. _____ x _____ mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar _____ mg/dl

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

Ass. Enfermagem

*Enfermagem: Cida Costa
 Data: 27/2/2018*

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

**Acidente de moto com queda de 70cm bry
 com lesão no membro inferior e lesão na face e lesão na mão.**

Exame Físico: Peso: _____ kg

**Exame físico: Abdomen: Segundo dia após o trauma.
 Exame de urinário: Normal. Exame de sangue: Normal.
 Exame de glicose: Normal. Exame de coagulação: Normal.**

Hipótese diagnóstica / conduta

Hipótese: Fratura.

Código de Atenção:

CID 10:

*Fractura de fêmur proximal
 Fractura de fêmur distal*



Continuação ...

Evolução Enfermagem

ALTA		ARUANA SEGUROS 18 ABR 2018	
Data:			
Hora:			
Residência		Médico - CRM	
Internação			
Óbito			
Transferência	Hospital:	Senha:	

cadastroamento 13/02/2018 23:11:26 CARMINHA Impressão: 13/02/2018 23:10:30 CARMINHA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012031224220030000070593903>
Número do documento: 2012031224220030000070593903

Num. 72008282 - Pág. 12

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: 05/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000060677-5

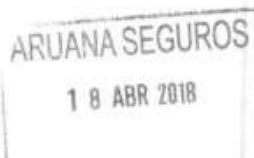
Nr. da Autenticação BBD34D51488F3CCB



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>
Número do documento: 20120312242200300000070593903

Num. 72008282 - Pág. 13

Avenida Imigrantes Nro 00100-000		Alendimantes Nro 00100-000	Lei 10.436, de 26/04/02					
Ouvilberta BB		Assinável: S/N	Unidade Eletrônica					
Contratos e Serviços 0800 729 0722		de 7 anos.	00000-902 00000-000					
>		EV1						
DADOS DO CLIENTE:		ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:						
AURICELIA GALDINO DOS SANTOS		RUA ARMANDO RABELO 60						
CPF: 781.343.234-72		VILA CHA DE SAPE/CHA DE SAPE RURAL						
CLASSIFICAÇÃO:		ITAQUITINGA/PE						
B1. RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofásico		55950-000						
Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	CONTA CONTRATO						
007385316	UNICA	4001158614						
AMBIENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO						
27/02/2018	2001884942	07/03/2018						
		TOTAL A PAGAR (R\$)						
		197,34						
DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL:								
Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)					
Contrição Iluminação Pública	286.000000	0,68674564	191,26					
ICMS Sustentação-CDE-NF 003071011-29/12/17			4,46					
			1,62					
TOTAL DA FATURA: 197,34								
DETALHAMENTO DE CONSUMO DOTA NOTA FISCAL:								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
30388813	CAT	28/01/2018	28 233,00	27/02/2018	26 916,00	29	1.00000	286,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO:								
Mês/Ano Min.		BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE				
FEV18	286	181,26	26,00	47,81	R\$ 13,51		27,88%	
JAN18	205	181,26	0,57	1,09	R\$ 3,95		2,00%	
DEZ17	272	181,26	2,80	4,37	R\$ 49,94		24,39%	
NOV17	274				R\$ 14,21		7,33%	
OUT17	286				R\$ 17,87		9,11%	
SET17	273				R\$ 93,00		36,16%	
AGO17	290				Total		100,00%	
JUL17	286							
JUN17	281							
MAR17	267							
ABR17	280							
MAR17	321							
FEV17	286							
Consumo Ativo(kWh) 0,68674564								
BBBC 3488 FB4C BITE 20A2 3EBO 05E0 55BA								



Na parte de trás da bateria é possível ver o número. Mais informações sobre como recarregar a bateria, veja no site www.batterymaster.com.br. Para mais informações sobre a garantia, entre em contato com a loja onde comprou ou com a Central de Atendimento ao Cliente, que pode ser feita através do telefone 0800-721-0000 ou pelo e-mail centraldeatendimento@batterymaster.com.br. Acesse o site www.batterymaster.com.br para saber mais sobre a garantia.

Na parte de trás da bateria é possível ver o número. Mais informações sobre como recarregar a bateria, veja no site www.batterymaster.com.br. Para mais informações sobre a garantia, entre em contato com a loja onde comprou ou com a Central de Atendimento ao Cliente, que pode ser feita através do telefone 0800-721-0000 ou pelo e-mail centraldeatendimento@batterymaster.com.br. Acesse o site www.batterymaster.com.br para saber mais sobre a garantia.

CONJUNTO	VALOR APARLHO	LIMITES			TENSÃO MÍNIMA (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
		MÉDIA	MINIMAL	MAXIMAL		MÍNIMO	MÁXIMO
SAC	1,27	1,97	11,24	22,88	220	202	231
FIC	2,00	3,28	8,72	15,48			
CINIC	1,20	3,29	9,00	20,00			

CONTA CONTRATO	NÚMERO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4001158814	03/2018	07/03/2018	197,34



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>
Número do documento: 20120312242200300000070593903

Num. 72008282 - Pág. 14



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-002
CNPJ 10.835.932/0001-98 | Ins. Est. 005943-93 | www.celpe.com.br

MELÍCIO DA COSTA LEITE NETO

RUA DO DE CAIXAS 170 D

CPF: 214 938 474-49

CENTRO (PAU DA
SERRA) PE
55900-000BZ COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
TrânsitoCONTA CONTRATO: 2431353019 MÊS ANO: 03/2018
DATA DE VENCIMENTO: 20/03/2018 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 05/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 308,51Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO
007773871 | UNICA | 05/03/2018
APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO
05/03/2018 | 3001321579 | 4029431Consumo Ativo(MWh)
Contribuição para a Fazenda Pública
ICMS Subvenção-CDE-NF 000118913-89/12/17
Multas por atraso-NF 000345659 - 05/01/18
Juros por atraso-NF 000345659 - 05/01/18
Atualização IGP-M-NF 000345659 - 05/01/18
Doação APAE - IBNO 722 2723

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
360,00 UNID/00	0,88369185	328,35
		48,78
		2,91
		5,28
		2,55
		1,73
		10,00

TOTAL DA FATURA:

308,51

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	MÉDIA DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
301020008	CDF	03/02/2018	07/03/2018	42-280,00	30	-1.00000	360,00



FATO 161 CEJA 4856 FRESC 1CBR EJAF E36A

Na data da leitura a tarifa era menor que a tarifa de faturamento. Mais informações em: [www.celpe.com.br](#). O cliente é o responsável pelo pagamento das contas individuais de consumo de energia. Paga, sem exceção, a taxa de PIS/Pasep e o IRPF. (Art. 10, § 4º, da Lei 10.438/02 e regulamentos monetários nacionais). Na 2ª fatura acompanha-se o recibo comprovante da data constante do ato de faturamento, quando houver variação de consumo de energia entre a data da leitura e a data da fatura. O cliente é o responsável pelo pagamento das contas individuais de consumo de energia. Paga, sem exceção, a taxa de PIS/Pasep e o IRPF. (Art. 10, § 4º, da Lei 10.438/02 e regulamentos monetários nacionais). Este comunicado não substitui o ato de faturamento de consumo de energia devidamente emitido e enviado ao cliente.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicando o não pagamento (não) cumprimento das suas obrigações.

Vencido: 30/03/18 Data da leitura: 06/03/18 Valor: 308,51 Data de vencimento: 20/03/2018 Valor: 308,51

Em caso de não pagamento do débito, uma retenção de 10% (dez por cento) sobre o valor do débito é automaticamente realizada no valor da fatura de consumo de energia. Este comunicado não substitui o ato de faturamento de consumo de energia devidamente emitido e enviado ao cliente.

Não conforme artigo 2º da
Lei nº 10.438/02, é vedado ao
usuário, para comprovação de
cumprimento das obrigações de
faturamento, usar a fotografia
de sua fatura ou documento
que comprove a realização
de pagamento de consumo de
eletricidade, quando esse ato
constituir ofensa ao direito
processual.

ODIGMA	VALOR (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO / MÁXIMO	E
GOIÁS	9,00	4,95	9,90	19,80	220	202 / 231	
	0,00	1,22	3,67	12,05	360	350 / 399	
	0,00	3,77	6,00	0,00			

Límite DCR: 12,22 R\$USD - Viver no Brasil é de R\$ 66,76

CONTABILIZADO NO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO: 20/03/2018 TOTAL A PAGAR (R\$): 308,51



A SEGUROS
18 ABR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>
Número do documento: 20120312242200300000070593903

Num. 72008282 - Pág. 15



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www.2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Leuá Guilherme m. de Carvalho, inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324-65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Walter José Galdino dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 087.005.544-56, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da vítima Walter José Galdino dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 087.005.544-56, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número <u>370</u>	Complemento <u>0</u>
Barro <u>Centro</u>	Cidade <u>Espirito Santo</u>	CEP <u>55900-000</u>
Email <u>antonio.yves.cordeiro@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) _____

Goiânia 05 de Abril de 2018

Fábio
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

DIDREL001 V001/2017



Declaracão do Proprietário do Véculo

Eu, RENATO CAETANO DE SENA,
RG nº 6901929, data de expedição 16/08/16,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 058.924.084-03, com
domicílio na cidade de ITAQUITINGA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ARMANDO RABELO, nº 60,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima VALTER JOSE GALDINO DAS SANTOS cujo o condutor era
RENATO CAETANO DE SENA.

Veículo: MOTO/CICLITA
Modelo: HONDA / NXR 150 Bros ES
Ano: 2019
Placa: PFB 4037
Chassi: 9C2K50550CR509201
Data do Acidente: 13.02.2018
Local e Data: Itaquitinha 09/03/18

Renato caetano de sene
Assinatura do Declarante



RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de RENATO CAETANO DE SENA. Dou fé Itaquitinha-PE 09/03/2018. Em testemunho da verdade, o Tabelião.
>>> Emolumento R\$ 3,59 TSNR 0,30 IPIR 0,40 Total R\$ 4,79.
Selos: 0159624.MDA01201802.04274 09/03/2018 09:14:30
Consulta autenticidade em www.tise.tjua.br/seledigital

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

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018





**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA**

HBC

Número do Registro:	Data e Hora de Atendimento:	Prontuário Local:	Prontrúario Integrado:	Local de Entrada:
2018/ET002623	13/02/2018 23:11			Emergencia Traumatologica
Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:				
Paciente: 181625 VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS			Registro SUS: 705200491167478	
Nascimento: 18/03/1999	Idade: 18	Sexo: Masculino	Cor: Parda	
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE INFORMATICA	Naturalidade: ITAQUITINGA	Nacionalidade: BR	
Documento de Identidade:	INALDO JOSE DOS SANTOS			
Filiação:	EURICELIA GALDINO DOS SANTOS			
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA AMANDO RABELO 60	Complemento:			
Bairro: ITAQUITINGA	Cidade: ITAQUITINGA	UF: PE	Telefone: 92292884	
Acompanhante: AURICELIA/MAE				
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	- Act: Moto (Queda, Colisão)	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		
Procedência: VIA PÚBLICA	Meio de Transporte: Carro			
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO				
<p>Queixa principal:</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Febre (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Dificuldade de respirar (<input type="checkbox"/>) Tosse _____</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Taquicardia (<input type="checkbox"/>) Convulsão (<input type="checkbox"/>) Desmaio (<input type="checkbox"/>) Tonturas (<input type="checkbox"/>) Fraqueza (<input type="checkbox"/>) Confusão</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Fadiga (<input type="checkbox"/>) Distúrbios visuais (<input type="checkbox"/>) Paraesthesia e/ou Paralisia de parte do corpo</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Dor. Local _____</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Queixa urinária _____</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Sangramento. Loc: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outras queixas: <i>Queda de moto (panqui)</i></p>				
<p>Antecedentes Mórbidos / Medicamentos</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Hipertensão (<input type="checkbox"/>) Diabetes (<input type="checkbox"/>) Problemas cardíacos (<input type="checkbox"/>) Asma Bronquite (<input type="checkbox"/>) Alergias</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Tuberculose (<input type="checkbox"/>) Convulsão (<input type="checkbox"/>) Tabagismo (<input type="checkbox"/>) Enfisema (<input type="checkbox"/>) Alcoolismo (<input type="checkbox"/>) A.V.C</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Outros: _____</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Uso de medicamentos: _____</p>				
<p>Sinais Vitais</p> <p>P.A. _____ x _____ mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm</p>				
<p>Exames Diagnósticos auxiliares</p> <p>(<input type="checkbox"/>) Glicemia Capilar _____ mg/dl</p>				
<p>ARUANA SEGUROS</p> <p>18 ABR 2018</p>				
<p>Ass. Enfermagem</p>				



Continuação ...

Evolução Enfermagem

ALTA		ARUANA SEGUROS		Médico - CRM
Data:		18 ABR 2018		
Hora:				
Residência				
Internação				
Óbito				
Transferência	Hospital:		Senha:	
Endereçamento:		Impressão: 13/02/2018 23:10:30 CARMINHA		
13/02/2018 23:11:26 CARMINHA				



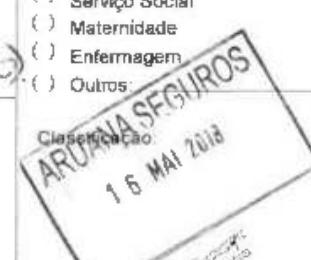
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>
Número do documento: 20120312242200300000070593903

Num. 72008282 - Pág. 19



**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA**

HBC

Número do Registro:	Data e Hora de Atendimento:	Prontuário Local: Prontuário Integrado:	Local de Entrada:
2018/ET002623	13/02/2018 23:11		Emergência Traumatológica
Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:			
Paciente:		Registro SUS: 705200491167478	
181625 VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS			
Nascimento: 18/03/1999	Idade: 18	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: TEC DE INFORMATICA	Naturalidade: ITAQUITINGA	Nacionalidade: BR
Documento de Identidade:	INÁLDO JOSE DOS SANTOS		
Filiação:	EURICELIA GALDINO DOS SANTOS		
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA AMANDO RABELO 60	Complemento:		
Barro: ITAQUITINGA	Cidade: ITAQUITINGA	UF: PE	Telefone: 92292884
Acompanhante: AURICELIA/MAE			
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	- Act. Moto (Queda, Colisão)	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Procedência: VIA PÚBLICA	Meio de Transporte: Carro		
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO			
Queixa principal:		Encaminhamentos	
() Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse _____		() Clínica Geral	
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Freqüenza () Confusão		() Pediatra	
() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraesthesia e/ou Paralisia de parte do corpo		() Cirurgião	
() Dor. Local _____		() Ortopedista	
() Queixa urinária _____		() Serviço Social	
() Sangramento. Loc: _____		() Maternidade	
() Outras queixas: <i>Queda de moto (panco)</i>		() Enfermagem	
		() Outros:	
Antecedentes Mórbidos / Medicamentos			
() Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias			
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C			
() Outros: _____			
() Uso de medicamentos: _____			
Sinais Vitais			
P.A. _____ x _____ mmHg Tm. _____ °C Pm. _____ bpm F.R.m. _____ rpm			
Exames Diagnósticos auxiliares			
() Glicemia Capilar _____ mg/dl			
 			
Ass. Enfermagem			



Ass. Enfermeiros

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Quinta principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Exame Fisco: _____ Peso: _____ kg

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta

P. sp. at. Maribor
Private

Gabinete de Atendimento:

CID 10:





ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>
Número do documento: 20120312242200300000070593903

Num. 72008282 - Pág. 22



PE Nº 012711662758		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
RENATO CAETANO DE SENA TV ARMANDO RABELO 68 CASA CENTRO ITAQUITINGA-PE		55950-000	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2016	26/04/16
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	058.924.089-02	PF54037	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
390546321	HONDA/MXR150 BROS ES		
ANO FAB.	CAT. BARR.	Nº CHASSI	
2011	09	9C2KD0550CRS09201	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNB (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		10F (R\$)	
SEGURO PAGO		PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		DATA DE QUITAÇÃO	

ABUJANA SEGUROS

18 ABR 2018





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Walter José Galvão dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 13.02.18 CPF DA VÍTIMA 087.005.544-56
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Leuá Guilherme mangabeira de Carvalho
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É Walter José Galvão dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias
 N° 170 COMPLEMENTO 9 BAIRRO Centro
 CIDADE Goiânia UF PE CEP 55900-000
 E-MAIL Walterjose.galvao@gmail.com TELEFONE (61) 9.9808-6287

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLEMIT DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 11.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: 18.02.18
 IDENTIDADE: 8.317.118
 ASSINATURA:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 18 ABR 2018
 NOME: ARUANA SEGUROS
 ASSINATURA:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/12/2020 12:24:22
<https://pje.tpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120312242200300000070593903>

Número do documento: 20120312242200300000070593903

Para a Seguradora DPVAT.

Bom dia, venho através dessa reclamação mostrar o descaso que vem acontecendo com o meu processo. Enviei toda minha documentação no dia 05 de abril de 2018 para a seguradora Líder DPVAT, analisaram o meu caso e geraram uma pendencia no meu processo, quando procurei saber de que se tratava eles informaram que era necessária outra documentação médica para comprovar minha lesão, informei a eles que o necessário que era o prontuário médico e todos os documentos médicos já tinham sido enviado para eles, mesmo assim tentei ver com o meu médico se poderia entregar essa documentação médica para enviar e o médico prontamente me negou o pedido dizendo que tudo que estava descrito da minha lesão já estava no prontuário que tinha enviado. Novamente liguei para a seguradora e informaram que meu processo ia se encerrar por não conseguir esse documento, gostaria que vocês analisassem novamente meus documentos e verifiquem que a lesão que é a fratura de clavícula está bem clara na documentação, passei todo meu tratamento médico que já se encerrou e ainda não tive minha perícia marcada pela seguradora. Peço que se necessário venham aqui na minha casa ou marquem uma perícia para verificar minhas informações. Agradeço a atenção

Itaquitinga-PE, 11/05/2018

Valter Jose Galdino dos Santos – 3180/176083

Valter José Galdino dos Santos



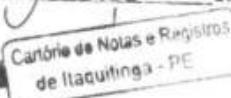
PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Valter Jose Galdino dos Santos
Identidade: 53348180050 CPF: 084.005.544-56 Estado Civil: Solteiro
Profissão: Tecnico informatica End: Rua Armando Rabelo, 160, vila Chá de nape, Itaquitinga

Outorgado: Duá Guilherme Mangabeira de Carvalho
Identidade: 8.314.118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: Casado
Profissão: Aux Administrativo End: Rua Duque de Caxias, 104, b, centro, Goiana-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para
resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como
vítima Valter Jose Galdino dos Santos
Identidade: 53348180050 CPF: 084.005.544-56

Itaquitinga 09 de Março de 2018



* Valtor José Galdino dos Santos

SEGUROS
18 ABR 2018

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITINGA
Av. Antônio Carlos de Almeida, 421
Titular: FLÁVIO HENRIQUE SILVA PIZZORBO Centro - CEP: 55.950-000
Telefone: (81) 3508-0022 Tel.: (81) 3508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de VALTER JOSE
GALDINO DOS SANTOS, Dou fé Itaquitinga-PE 09/03/2018.
Em testemunho da verdade, o Itaquitinga - PE
>>> Encolamento R\$ 3,59 TBNS 0,80
PESO 0,40 Total R\$ 4,79.

Selos: 0159624.VR201201802.04272 09/03/2018 09:13:42
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seledigital



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180176083 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/02/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO 8 EM FAIXA POR UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (1+/4+), DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA E, 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA GRAU I.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

