



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	Tipo
72008282	03/12/2020 12:24	ANEXO 1	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



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180176083

Vítima: 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

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.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00143/00144 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12720487



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

Pag. 00853/00854 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12824644



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

Pag. 01451/01452 - carta_15R - INVALIDEZ

00010726



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


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
RPM 036-PE / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

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





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 0121 204 ou 0800 000 1212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima:

Nome completo da vítima:

087.005.544 - 56

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 Profissão: —
Endereço: Rua Armando Rabelo Número: 60 Complemento: —
Bairro: Vila Chá de Sape Cidade: Itaquitinga Estado: PE CEP: 55950-000
E-mail: arrobberia.galdino@gmail Telefone (DDD): —

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, sob pena de anulação e perda do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	DE R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00
R\$ 1.001,00 ATE R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Marque uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (1341) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
CONTA CORRENTE (Indicar o número): BANCO: <u>—</u> AGÊNCIA: <u>—</u> CONTA: <u>—</u>			
AGÊNCIA: <u>0974</u> (Informe o dígito se existir)	CONTA: <u>60677</u> (Informe o dígito se existir)	AGÊNCIA: <u>5</u> (Informe o dígito se existir)	CONTA: <u>—</u> (Informe o dígito se existir)

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

WADANA SEGUROS
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal, se houver
18 ABR 2018

FAPFF 001 V001/2017



CAIXA SEGUROS
18 ABR 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

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 - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **13/2/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA USINA SANTA TEREZA, 01** - Bairro:
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



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: **13/3/1993** Naturalidade: **ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **8227217/SDS/PE (RG), 98700654456 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO DE INFORMATICA**
Endereço Residencial: **RUA ARMANDO DA CUNHA RABELO, 60, BAIRRO CHÃ DE SAPÉ -**
CEP: 0 - Bairro: CHA 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:
6901929/SDS/PE (RG) Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares:
- 992352223

Endereço Residencial: **RUA TEOFILO DO REGO, 01 - CEP: 0 - Bairro: CHA DE SAPE -**
ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENATO CAETANO DE SENA,**
ue 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/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PFB4037** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **390546321** Chassi: **9C2KD0550CR509201**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 COMARCA, ENTRE CHÃ DE SAPÉ E A USINA 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**



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 0221304 ou 0800 4271236 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deve 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

Válio José Galvão dos Santos

CPF da Vítima

087.005.544-56

Data do Acidente

13.02.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica acordada 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. 6º 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.

Itaquitinga, 05 de Abril de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018

Válio José Galvão dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI-001/001/2017

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: 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 ☐ 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 () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local
() Queixa urinária
() Sangramento Local
X Outras queixas: Queda de moto (parangá)

Encaminhamentos

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

Classificação:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () 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

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Doença crônica (SA) após queda de moto
Doença crônica (SA) após queda de moto
Doença crônica (SA) após queda de moto

Exame Físico: Peso: kg

Exame físico: peso 70 kg, altura 1,70 m, IMC 24,2 kg/m². Estado geral: bom. Sinais vitais: PA 120/80 mmHg, FC 70 bpm, FR 18 rpm, T 36,5°C. Ausculta: pulmões com rales crepitantes bilaterais. Abdome: macilento, sem sinais de irritação peritoneal. Extremidades: membros superiores com sinais de artrose. Membros inferiores com sinais de artrose.

Hipótese diagnóstica / conduta

1. Lesão por trauma
2. Queda de moto

Código de Atendimento:

CID 10:

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

Continuação ...

Evolução Enfermagem

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018

Médico - CRM

Hospital:	Senha:
-----------	--------

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



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



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 50060-902
CNPJ 10.838.932/0001-08 | Insc. Est. 0056943-93 | www.ceipe.com.br

MELICIO DA COSTA LEITE NETO

RIJADO DE CAJAS 170 D

CPF 214 938 474-49

CENTRO UNIVERSITARIO
GOIANA PE
55000-000

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Tráfego

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2431353019	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LÍQUIDA
20/03/2018	05/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
007772871	LIBCA	05/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/03/2019	2001321579	4029431

308.51

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abeto(W/Hr)	250,000000	0,083531195	20,88
Contribuição Iluminação Pública			48,76
ICMS Subvenções - C-DE-IR 9001189913-03/1317			5,38
Multiplex Abeto-IR 0003456568 - 05/01/18			2,55
Juros por Abeto-IR 0003456568 - 05/01/18			1,73
Atualização ICMS-IR 0003456568 - 05/01/18			10,00
Diocão-APAE - 0800 722.3722			

TOTAL DA FATURA

308.51

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301703069	CA-7	03-02-2018	67 984183	06-02-2018	67 298087	30	1.00000		760,00

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Consumidores e não pagadores (NCP) (contas de energia fechadas)

Variable	Definition	Value	Variable	Definition	Value
----------	------------	-------	----------	------------	-------

[illegible]

Polis northern latitude for 2016, a series of increases. Total number of deaths, particularly among young adults, increased substantially, and the number of deaths among young adults increased substantially. The number of deaths among young adults increased substantially, and the number of deaths among young adults increased substantially.

A SEGUROS
18 ABR 2018

CONTRATANTE OZAMA	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSAO NOMINAL (Y)	LIMITE DE VARIAÇÃO (Y)	
	ANUAL	ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL		ANUAL	MAXIMO
	0,00	4,35	9,30	10,82	220	202	231
	0,00	1,22	8,47	12,36	360	350	399
	0,00	2,77	0,00	0,00			

Quelle: DLR 12.22, BUND - Verein zur Förderung des Umweltschutzes des Deutschen Bauernverbands e.V. (BUND, 2014)

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2431353019	03/2018	20/03/2018	308,51

83830000003-9 08510011002-8 43135301910-6 13172409143-9





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 numero 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Luiz Guilherme M. de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Walter Jose Galdino dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.005.544 / 56 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da vítima Walter Jose Galdino dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Duque de Caxias</u>		
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Goiana</u>
Email	<u>ararueria.goiana@gmail</u>		
Telefone comercial (DDD)	Número	Estado	Complemento
	<u>170</u>	<u>PE</u>	<u>0</u>
		CEP	<u>55900-000</u>

Goiana 05 de Abril de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

DLDEL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

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
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS cujo o condutor era
RENATO CAETANO DE SENA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES
Ano: 2012
Placa: PEB 4037
Chassi: 9C2 K0550CR509201
Data do Acidente: 13.02.2018
Local e Data: Itaquitinga 09/03/18

Renato Caetano de SENA
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO DE NOTAS E REGISTROS DE
Av. Antônio Carlos de Almeida, 421
Centro - CEP: 55.950-000
Tel.: (81) 3508-0022
ITAQUITINGA - PE

SERVENTIA REGISTRAL DE ITAQUITINGA
Titular: FLÁVIO RENEQUE SILVA SOLEBON
Telefone: (81) 03508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de RENATO CAETANO
DE SENA. Dou fé Itaquitinga-PE 09/03/2018. Em
testemunho da verdade, o Tabelião
>>> Emolumento R\$ 3,59 TSNR 0,98 PERC 0,40 Total R\$
4,79.

Selo: 0159624.MDA01201802.04274 09/03/2018 09:14:30
Consulta autenticidade em www.tise.tua.br/selodigital

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

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018

EM BRANCO

Cartório de Notas e Registros de Itaquitinga

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 () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor, Local
() Queixa urinária
() Sangramento, Loc.
X Outras queixas: Queda de moto (parangá)

Encaminhamentos

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

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolism () A.V.C
() 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

AValiação MÉDICA

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

Doença crônica ESQ. após queda de moto háq.
Paciente relata dor em região de ombro E após queda de moto
vulso limitação de movimento.

Exame Físico: Peso: kg

Pao ex. Aíscos vulso dor em ombro esquerdo, limitação de movimento
em região de ombro e braço. R. evidenciando fratura de clavícula
com dor e inchaço de tum. de base.

Hipótese diagnóstica / conduta

1º: fr. clavícula
2º: osteíte

Código de Atendimento: A115

CID 10:

S42.0

Continuação ...

Evolução Enfermagem

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

ARJANA SEGUROS
18 ABR 2018

Médico - CRM

Hospital:

Senha:

Cadastramento : 13/02/2018 23:11:26 CARMINHA

Impressão : 13/02/2018 23:10:30 CARMINHA



HBC

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

Número do Registro: 2018/ET002823		Data e Hora de Atendimento: 13/02/2018 23:11	
Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:			
Paciente: 181625 VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS			
Nascimento: 18/03/1999 Idade: 18			
Sexo: Masculino			
Profissão: TEG DE INFORMATICA			
Naturalidade: ITAQUITINGA			
Nacionalidade: BR			
Filiação: INALDO JOSE DOS SANTOS			
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA AMANDO RABELO 60			
Bairro: ITAQUITINGA			
Acompanhante: AURICELIA/MAE			
Ocorrência ACIDENTE DE TRÂNSITO			
- At. Moto (Queda, Colisão)			
Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Procedência: VIA PÚBLICA			
AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOOLHIMENTO			
Queixa principal: <u>Doença alérgica</u>			
Antecedentes pessoais / Medicamentos: <u>Queda de um objeto</u>			
Exames Diagnósticos auxiliares: <u>ARUANA SEGUROS</u>			
Sinais Vitais: P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm			
Exames Diagnósticos auxiliares: () Glicemia Capilar mg/dl			
AVALIAÇÃO MÉDICA			
Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA): <u>Doença alérgica</u>			
Exame Físico: <u>Exame físico normal</u>			
Hipótese diagnóstica / conduta: <u>Doença alérgica</u>			
CID 10: <u>S42.0</u>			
Ass. Enfermagem: <u>16 MAI 2018</u>			

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

HBC

Número do Registro: 2018/ET002823 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 EURICÉLIA 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 - At. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: Carro

AValiação da Enfermagem / ACOLHIMENTO

Motocicleta

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local
() Queixa urinária
() Sangramento Local
X Outras queixas: *Queda de moto (parangá)*

Encaminhamentos

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

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () 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

AValiação Médica

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

*Doença cardíaca E.S.G. após queda de moto há 10 dias.
Paciente veio do município de Recife E após queda de moto
em uma via pública de Pernambuco.*

Exame Físico: Peso: kg

*Doença cardíaca E.S.G. há 10 dias após queda de moto há 10 dias.
Paciente veio do município de Recife E após queda de moto
em uma via pública de Pernambuco.*

Hipótese diagnóstica / conduta

*Doença cardíaca E.S.G.
Paciente veio do município de Recife E após queda de moto
em uma via pública de Pernambuco.*

Código de Atribuição:

CID 10:

*Doença cardíaca E.S.G. há 10 dias após queda de moto há 10 dias.
Paciente veio do município de Recife E após queda de moto
em uma via pública de Pernambuco.*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
VALTER JOSE GALDINO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
53378180050 MTR PE

CPF
087.005.544-56

DATA NASCIMENTO
18/03/1999

FILIAÇÃO
INALDO JOSE DOS SANTOS

AURICELIA GALDINO DOS SANTOS

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
00000000

CAT. HAB.
00

Nº REGISTRO
56943335605

VALIDADE
30/10/2017

1ª HABILITAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Valter José Galvão dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
30/10/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

02896636014
PE078887976

PROIBIDO PLASTIFICAR

1487444393

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1487444393

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **012711662758**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 ODD: RENAVAM: 390546321 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2016

NOME: **RENATO CAETANO DE SENA**

LOCAL: **ITAQUITINGA-PE**

CPF / CNPJ: 058.924.084-02 PLACA: PFB4037

PLACA ANT. / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2KD0550CR509201

ESPÉCIE TIPO: COMBUSTÍVEL: MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB.: 2011 ANO REG.: 2012

CAP. / POT. / CIL.: 2P/149CL CATEGORIA: PARTIC COR. PREDOMINANTE: BETA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: VENC. / COTAS: 1ª ***** 2ª ***** 3ª *****

IPVA 2016 QUITADO

FAIXA IRVA: PARCELAMENTO / COTAS: 1 ***** 2 ***** 3 *****

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: **SEGURO PAGO**

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA**

LOCAL: **ITAQUITINGA** DATA: **26/04/16**

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012711662758 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RENATO CAETANO DE SENA
TV ARMANDO RABELO 68 55950-000
CASA CENTRO ITAQUITINGA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 26/04/16

VIA: 1 CPF / CNPJ: 058.924.084-02 PLACA: PFB4037

RENAVAM: 390546321 MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.: 2011 CAT. TARIF.: 09 Nº CHASSI: 9C2KD0550CR509201

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$):

SEGURO PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

ARUANA SEGUROS

18 ABR 2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Walter Jose Galdino dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 13.02.18 CPF DA VITIMA 087.005.544-56
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Guilherme Mungabura de Carvalho
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VITIMA É Walter Jose Galdino dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Duque de Caxias
 Nº 170 COMPLEMENTO 0 BAIRRO Centro
 CIDADE Goiana UF PE CEP 55900-000
 E-MAIL aruarua.goiana@gmail TELEFONE (81) 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (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 VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO 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 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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) = 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 GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 8.3.17.18
 IDENTIDADE 8.317.118
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 18 ABR 2018
 NOME ARUANA SEGUROS
 ASSINATURA [Assinatura]



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 pendência no meu processo, quando procurei saber de que se tratava eles informaram que era necessária outra documentação medica para comprovar minha lesão, informei a eles que o necessário que era o prontuário medico e todos os documentos médicos já tinham sido enviado para eles, mesmo assim tentei ver com o meu médico se poderia entregar essa documentação medica 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 e a fratura de clavícula está bem clara na documentação, passei todo meu tratamento médico que já se encerrou e ainda não tive minha pericia marcada pela seguradora. Peço que se necessário venham aqui na minha casa ou marquem uma pericia para verificar minhas informações. Agradeço a atenção

Itaquitinga-PE, 11/05/2018

Valter Jose Galdino dos Santos – 3180/176083

Valter Jose Galdino dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Valter Jose Galdino dos Santos
 Identidade: 53348180050 CPF: 084.005.544-56 Estado Civil: Solteiro
 Profissão: Técnico Informático End: Rua Armando Rabelo,
160, Vila Cha de Pape, Itaquitanga

Outorgado: Luís Guilherme Mangabeira de Carvalho
 Identidade: 8.314.118 CPF: 083.562.324-65 Estado Civil: Casado
 Profissão: Aux. Administrativo End: Rua Duque de Carias,
104, O, Centro, Gama-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

Itaquitanga 09 de Março de 2018

Cartório de Notas e Registros
de Itaquitanga - PE

Valter Jose Galdino dos Santos

SEGUROS
18 ABR 2018

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITANGA
 Titular: FLÁVIO HENRIQUE SILVA
 Telefone: (81) 33508-0022

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

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

NOTÁRIO DE NOTAS E REGISTROS DE
 Av. Antônio Carlos de Almeida, 421
 Centro - CEP: 55.950-000
 Tel.: (81) 33508-0022
 ITAQUITANGA - PE



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 médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

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:

