



Número: **0056975-73.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDVALDO SILVA DA CUNHA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
130825214	18/04/2023 09:23	2837204_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 28ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

PROCESSO: 00569757320218172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDVALDO SILVA DA CUNHA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 14 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/04/2023 09:23:58
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041809235846500000127807284>
Número do documento: 23041809235846500000127807284

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/04/2023 09:23:58
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041809235846500000127807284>
Número do documento: 23041809235846500000127807284



Número: **0056975-73.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDVALDO SILVA DA CUNHA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
130825215	18/04/2023 09:23	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210153569 Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 21/11/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDVALDO SILVA DA CUNHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois não foi entregue. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16879554

Pag. 01055/01056 - carta_03 - INVALIDEZ

00030528





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210153569 **Vítima:** EDVALDO SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 21/11/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDVALDO SILVA DA CUNHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

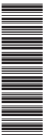
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01063/01064 - carta_02 - INVALIDEZ

00030532



Carta nº 16913773





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210153569

Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 21/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDVALDO SILVA DA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **EDVALDO SILVA DA CUNHA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000098293729-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO SILVA DA CUNHA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000098293729-3

Nr. da Autenticação 122F2102EBDC5656



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210153569 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA **Data do acidente:** 21/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tibia direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 20°, ausência de atrofas no segmento, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Osteossintese da fratura, fez fisioterapia e alta médica.

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/06/2021

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do tornozelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 775.314.774.91 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Silva da Cunha

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

5 - Nome completo: Edvaldo Silva da Cunha 6 - CPF: 775.314.774.91
7 - Profissão: Fiscal 8 - Endereço: Rua Alecrim Bl 03 QD. 25 9 - Número: 49 10 - Complemento: Apt-302
11 - Bairro: Nosso Senhor das graças 12 - Cidade: Paruru 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____
15 - E-mail: macedosf43@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81)99907-7180

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Nubank (260)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paruru, 18/05/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/0002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO
CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E2106000228**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/05/2021** às **09:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 21/11/2020 às 19:40

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA DALLAS, 01, RUA RODOPIANO FLORENCIO** - Bairro:

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEVERINO GOMES DE LIMA (OUTRO)
 EDVALDO SILVA DA CUNHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO SILVA DA CUNHA**

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

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

EDVALDO SILVA DA CUNHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA SILVA DA CUNHA Pai: JOSE FELIX DA CUNHA Data de Nascimento: 5/11/1970 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 4111024/SDS/PE (RG) 77531477481 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: FISCAL Telefone Celular: - 81889492293

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, RUA LEO VIRGINIO DE AGUIAR, 254, PERTO DA PRAÇA 3 BANDEIRAS - CEP: 0 - Bairro: DIVINOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO GOMES DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA FRANCISCA DE LIMA Pai: JOAO GOMES DE LIMA Data de Nascimento: 4/8/1959 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 2518785/SSP/PE (RG) 31132871468 (CPF) 00865841318 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, RUA CAMPOS, S/N. - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**



AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Variante/Modelo: **AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO GOMES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO SILVA DA CUNHA**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000**

Placa: **0YH6364** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **122537316**

Ano fabricação/Modelo: **2020/2020** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU AO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL NESTE HOSPITAL A PESSOA DA VITIMA ONDE FALDO QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA E ESTAVA INDU PARA SUA RESIDENCIA POS TINHA ACABADO DE DEIXA UM AMIGO NA RESIDENCIA DESTE E FAZENDO O CAMINHO ESTAVA PASSANDO EM UM CRUZAMENTO NA RUA DO FATO PROXIMO A UM POSTO DE GASOLINA E UM AUTOMÓVEL DESCONHECIDO FEZ A MANOBRRA DE SAGUIR EM ENFRETE SEM A DEVIDA PARADA E NESTA INSTANTE OCORREU A COLISÃO ENTRE AQUELE AUTOMÓVEL E A MOTOCICLETA E A VITIMA FOI AO SOLO E LA SENTIU DORES NA PERNA DIREITA E AQUELE AUTOMÓVEL SEGUIR O CAMINHO, CURIOSOS APROXIMARAM E UM DELES ACIONOU O SERVIÇO DE MOVEL DE URGENCIA, SAMU, TENDO UMA EQUIPE COMPARECENDO AO LOCAL ONDE FOI PRESTADO OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA E PARA CONSTAR APRESENTA UMA CERTIDÃO DAQUELE ORGÃO DE URGENCIA COM O NUMERO 2044260223 E FEZ O TRANSPORTE DA VITIMA ATE ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU O NUMERO DE PRONTUARIO 368726

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

Edvaldo Silva da Cunha
EDVALDO SILVA DA CUNHA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE BIEIRO SOARES** - Matrícula: **281004-6**
(Liberado em **05/05/2021** às **09:40**)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 775.314.774.91 4 - Nome completo da vítima: Edvaldo Silva da Cunha

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

5 - Nome completo: Edvaldo Silva da Cunha 6 - CPF: 775.314.774.91
7 - Profissão: Fiscal 8 - Endereço: Rua Alecrim Bl 03 QD. 25 9 - Número: 49 10 - Complemento: Apt. 301
11 - Bairro: Nosso Senhor das graças 12 - Cidade: Paruru 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____
15 - E-mail: macedosf43@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81)99907-7180

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Nubank (260)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascuro(a) nascuro(a)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paruru, 18/05/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/0002/2019



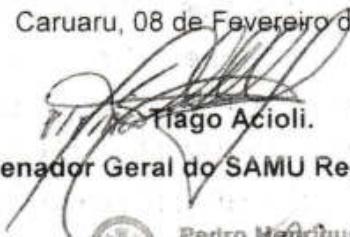


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **EDVALDO SILVA DA CUNHA** portador do CPF: 775.314.774-91 e RG: 4.111.924 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº2011260223 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 21/11/2020 às 20h e 07min, no endereço RUA RODOPIANO FLORÊNCIO, SALGADO, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X CARRO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 08 de Fevereiro de 2021.


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 09/02/2021

Edvaldo Silva da Cunha



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 9142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
MARIA LUCIA DA SILVA
CPF: 383.728.554-44 NIS: 15387667250

DATA DE VENCIMENTO
06/05/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
29/04/2021
DATA DA APRESENTAÇÃO
29/04/2021
NÚMERO DA NOTA FISCAL
153833462

CONTA CONTRATO
007026275070
Nº DO CLIENTE
2002046651
Nº DA INSTALAÇÃO
0036471184

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALECRIM 40 A/P-101
BL-01 QD-25
N SA DAS GRACAS/CARUARU
55009-000 CARUARU PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
196F.369F.05A3.7067.7A37.6880.D456.97BB

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	39,00	9,10767986	3,23
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	64,00	5,18459408	33,21
Consumo-TE até 30 kWh	39,00	0,39225190	2,76
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	64,00	0,15814611	10,12
Autoscioio Bandeira AMARELA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47
Multa por atraso-NF 149797859 - 29/03/21			0,01
Juros por atraso-NF 149797859 - 29/03/21			0,07
Atualização ICPM-NF 149797859 - 29/03/21			0,23
TOTAL DA FATURA			33,98

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	9,10767986	ABR 21	84
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	5,18459408	MAR 21	100
Consumo-TE até 30 kWh	0,39225190	FEV 21	105
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15814611	JAN 21	90
		DEZ 20	112
		NOV 20	84
		OUT 20	88
		SET 20	83
		AGO 20	79
		JUL 20	78
		JUN 20	84
		MAI 20	90
		ABR 20	125

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	28,89	0,60	0,22	28,60	0,62	1,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DELETA	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
00800903710632960	CAT	29/03/2021	3.019,86	29/04/2021	4.013,00	31	1.000,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	RELA. MENSAL	MÉDIA TEM.	MÉDIA ANUAL
DIC-Nível mínimo sem Energia	CARUARU	0,00	10,20	28,89	41,78
FIC-Nível de tensão sem Energia		0,00	7,37	14,74	29,48
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,43	0,00	0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCM: 16,68

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! faça campos: rua marivaldo alves da costa 225 jose carlos de oliveira / farmacia guedes II avenida rubem florencio de moura kennedy lista completa em www.celpe.com.br.
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,01% para Baixa Tensão e 11,89% para Alta Tensão-REN 2.801/21. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Desconto pela aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,24. Desconto de 85% até 30kwh, 40% consumo superior a 30 e até 100kWh e 10% consumo superior a 100 e até 220kWh. Regras para cobrança da contribuição para custeio de serviço de iluminação pública(COSIP) estão à disposição site www.celpe.com.br/PoderPublico/Contribuição de Iluminação Pública. Informações Suplementares disponíveis no site www.celpe.com.br, Agência Virtual ou Lojas de Atendimento.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007026275070	04/2021	0,00	06/05/2021	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.934.874, 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edvaldo Silva da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 775.314.774, 91
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Edvaldo Silva da Cunha
inscrito (a) no CPF sob o Nº 775.314.774, 91 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 Antenor Navarro</u>	Número: <u>729</u>	Complemento:
Bairro: <u>Petropolis</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>macedo7543@gmail.com</u>	CEP: <u>55032-250</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99907-2180</u>

Local e Data:

Caruaru, 18/05/2021

Josilene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540974874, 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edvaldo Silva da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 775314774, 91
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Edvaldo Silva da Cunha
inscrito (a) no CPF sob o Nº 775314774, 91 conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:
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, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Antenor Navarro</u>	Número: <u>729</u>	Complemento:
Bairro: <u>Metropolis</u>	Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>macedof43@gmail.com</u>	CEP: <u>55032-250</u>	Tel.(DDD): <u>81 99907-7180</u>

Local e Data: Caruaru, 15/06/2023

Josilene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

L.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SAME HRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) Edvaldo Silva da Cunha RG:4.111.924SDS-PE
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia ,21/11/2020 e foi transferido para o hospital jesu
pequenino em 27/11/2020

REGISTRO: 368726.

Diagnóstico: Fratura da Tibia Direita.

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 20 de Maio. de 2021
09.9751
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232 - Km 130
Itanópolis - CEP 55000-000
PE
Setor de arquivo (same)

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Eduardo de Jesus de Sousa

REG.: 134040

DATA DE NASCIMENTO: 05 / 07 / 1970

DATA DA CIRURGIA: 30 / 11 / 2020

DIAGNÓSTICO: 6 artros com placa unil

TRATAMENTO: Cirurgia HRT

DATA DO RETORNO: 12 / 12 / 2020 - 600h

MOTIVO DO RETORNO: Não Piss

6 curas melhora por tratamento
720 curas e vitas

João Maurício V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5350



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PLUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23/11/20 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/11/20

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Edvaldo Silva da Cunha

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:
Fratura de osso do Perno D

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):
Tratamento Cirúrgico

ALTA MÉDICA? SIM NÃO

EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: SIM NÃO

CONDIÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO.
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL. (especificar o segmento ou órgão atingido)

1º	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Perno D apresenta pseudotumor com consolidação vítrea, com rigidez articular completo do membro pério do El Ternão, pleio, atrofia muscular 45% grave.
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 17/11/23 A 17/11/23 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinado: Victor Crispim
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEPE 23144



27/02/2021

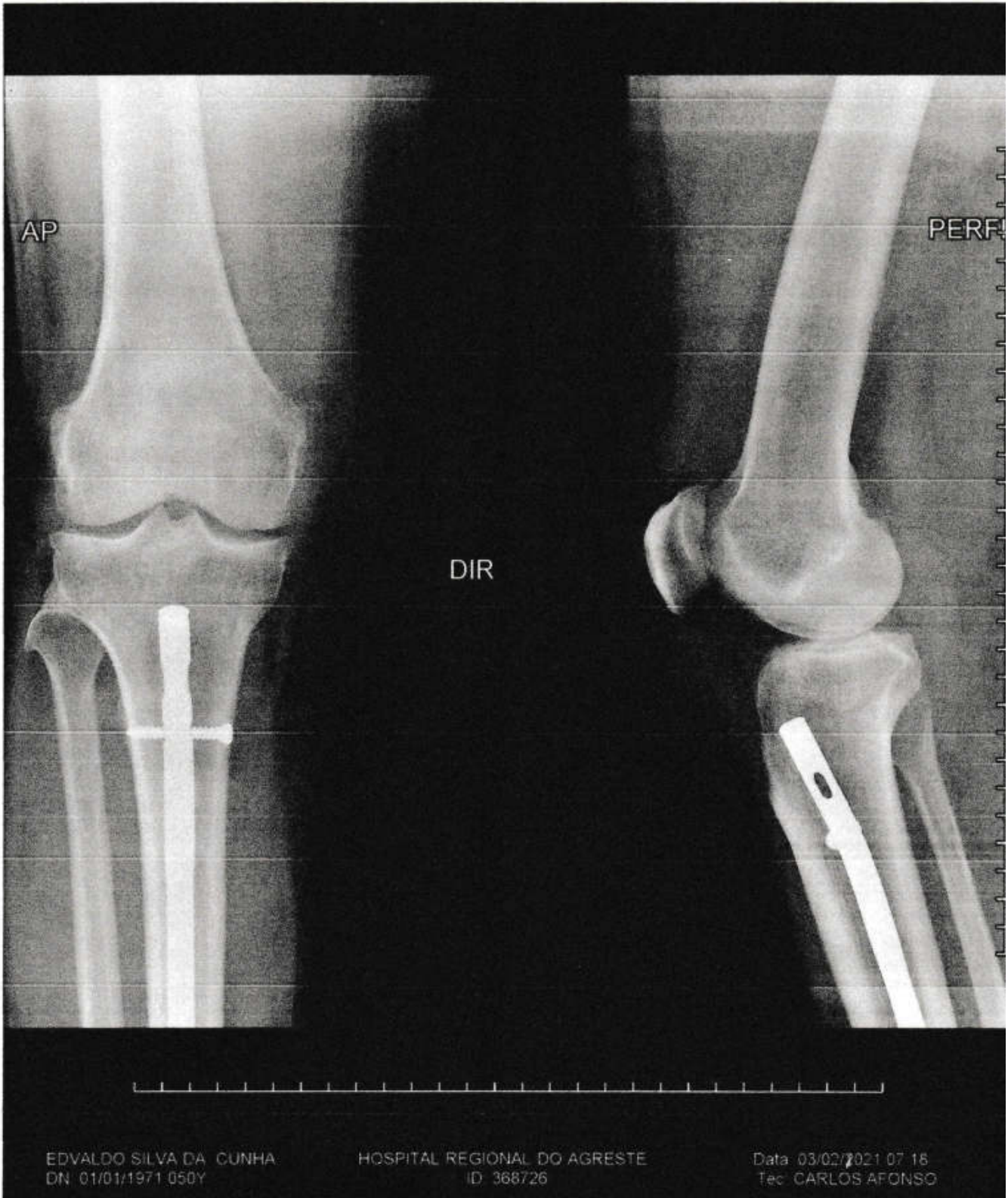
IMG-20210223-WA0125.jpg

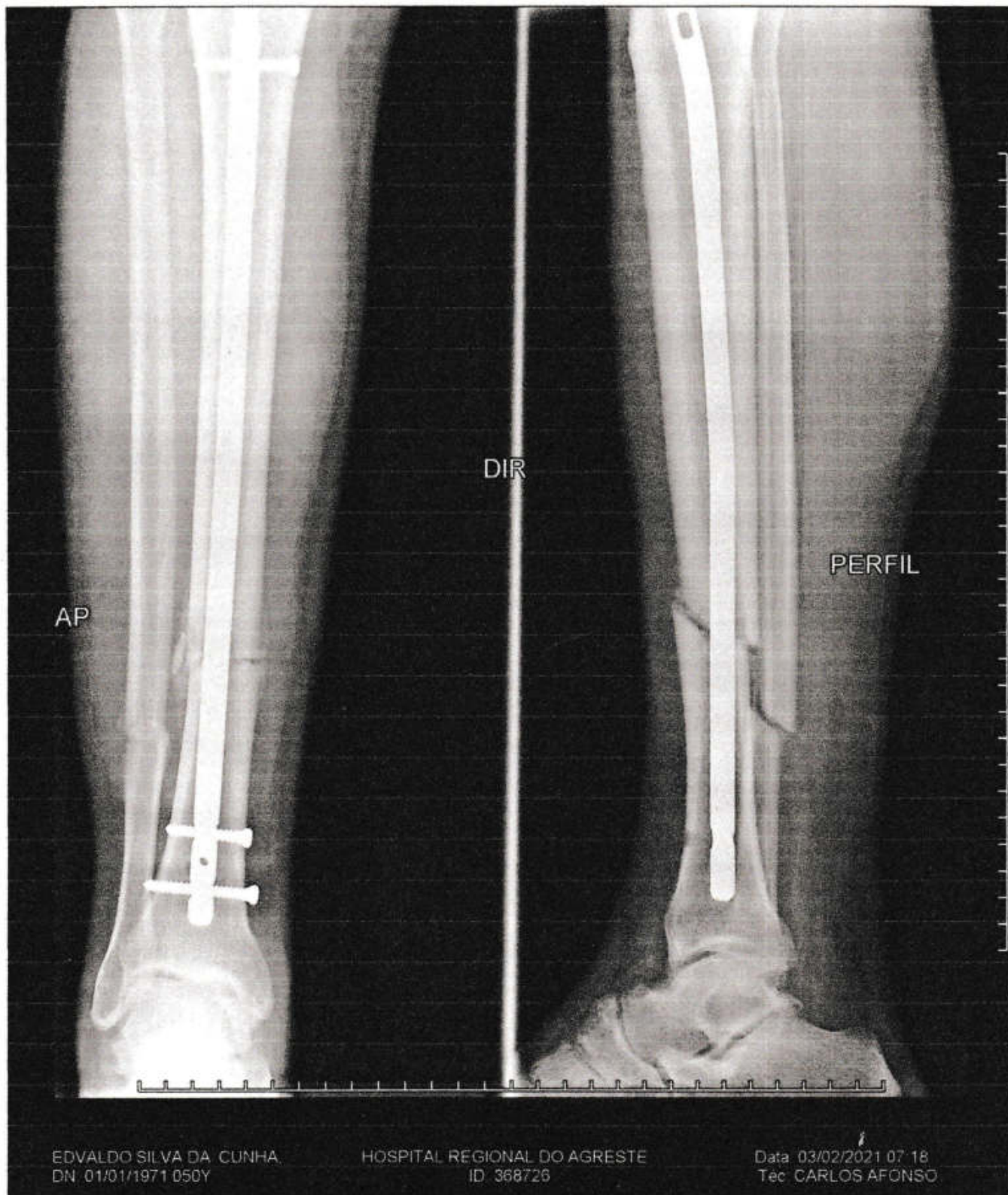


<https://mail.google.com/mail/u/0/?ogbl#inbox?projector=1>

1/









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SAME HRA

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 230, Km 130
Indanópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o

1. Sr. (a) Edvaldo Silva da Cunha RG: 4.111.924 SDS-PE

Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia, 26/11/2020 e foi transferido para hospital Jesus pequenino em 27/11/2020.

REGISTRO: 368726.

Diagnóstico: Fratura da Tíbia Direita.

Tratamento: Cirúrgico de Fratura de Tíbia Direita.

OBS: 01 Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S82

OBS:02 declaro que a ficha do paciente, EDVALDO SILVA CUNHA, que deu entrada nesta unidade de saúde no dia 26/11/2020 e dia 27/11/2020 foi transferido para hospital Jesus pequenino não foi encontrada possivelmente foi extraviada. (SAME HRA)

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 14 de Junho. de 2021

Edvaldo da Silva da Cunha

Setor de arquivo (same)

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 230, Km 130
Indanópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

54.685.859-4 09/SET/2010

JOSILENE FERREIRA MACEDO

JOSE FERREIRA DE LIMA

E LINDALVA PEREIRA FERREIRA

CARUARU -PE 16/JAN/1971

CARUARU-PE

CARUARU

CC: IV. B027/FLS. 0078/N. 010477

540974874/34 PIS 12419211997

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.119 DE 20/06/03

PROIBIDO PLASTIFICAR

8400-4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Assinatura: Josilene Ferreira Macedo

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASS. GERAL



**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.

Número do Sinistro: [3210153569](#)

Nome do(a) Examinado(a): [EDVALDO SILVA DA CUNHA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [R Alecrim, 49, Ap 101 BI 01 Qd 25, Caruaru/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [Não Informado / Não Informado](#)

Data e local do acidente: [21/11/2020 - Caruaru/PE](#)

Data e local do exame: [22/06/2021 - Recife/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[fratura de tibia direita](#)

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

[osteossintese da fratura, fez fisioterapia, não comprova data da alta médica.](#)

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

[Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 20°, ausência de atrofia no segmento, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.](#)

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

[Sim](#)

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

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

[limitação grave de tornozelo direito, com bloqueio articular.](#)

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 seqüela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



Tornozelo Direito - Intenso - 75%

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



Leonardo Neves
Médico
CRM 17.742



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Edvaldo Silva da Cunha.
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro.
PROFISSÃO: Fiscal IDENTIDADE: 4.111.924 5DS-PE
CPF: 775.314.774.91 CNH: - - -
ENDEREÇO: Rua Alecrim 49 Apt 101 Bl. 01 QD 25
BAIRRO: Nossa Senhora das Graças CIDADE: Caruaru
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.
CPF: 540-974-874-34 CNH: _____
ENDEREÇO: RUA ANTONIO NAVARRO N - 729
BAIRRO: PETROPOLIS. CIDADE: CARUARU. ESTADO: PERNAMBUCO.

Peio presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a SEGURADORAS, referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Caruaru, 18/05/2021

LOCAL E DATA

Edvaldo Silva da Cunha

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124229/21
Vítima: EDVALDO SILVA DA CUNHA
CPF: 775.314.774-91
CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A
Data do acidente: 21/11/2020
Titular do CPF: EDVALDO SILVA DA CUNHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

EDVALDO SILVA DA CUNHA : 775.314.774-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/05/2021
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO
CPF: 540.974.874-34

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2021
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

