



Número: **0000074-72.2019.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **26/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55038437	05/12/2019 10:15	2610702_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORES/PE

Processo: 00000747220198172610

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS**, 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:

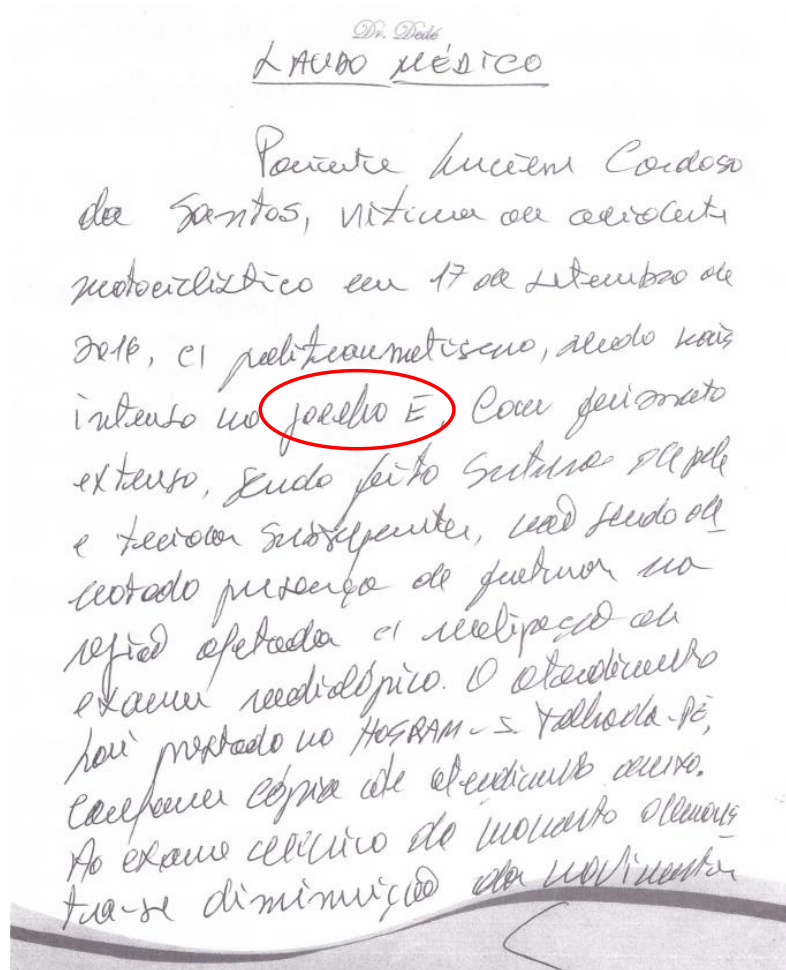
DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente o pagamento de indenização vindo a receber o valor de R\$843,75, sendo apurada lesão no joelho esquerdo.

Os documentos de atendimento médico apresentados pelo autor relatam que o acidente alegado provocou lesão no joelho esquerdo da parte autora, conforme demonstrado abaixo:





Ocorre que o ilustre perito afirma de forma genérica que o autor sofre de lesão no membro inferior direito, sem detalhar qual o tipo de lesão e sem esclarecer a razão pela qual a lesão que se iniciou no joelho apresenta agora debilidade ao membro inferior direito.

Nesse sentido, requer a intimação do expert para esclarecer qual o membro afetado no acidente descrito, qual o tipo de lesão acometida ao autor no momento do acidente, bem como, a razão pela qual atribui lesão ao membro inferior direito, contrariando os documentos médicos apresentados pelo autor que descrevem lesão no joelho direito.

Outrossim, caso não seja este o entendimento do N. juízo, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
FLORES, 2 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/12/2019 10:15:18
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120510151855900000054150523>
Número do documento: 19120510151855900000054150523



Número: **0000074-72.2019.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **26/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

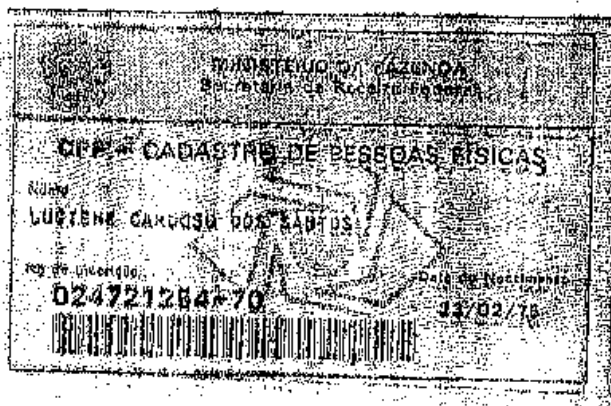
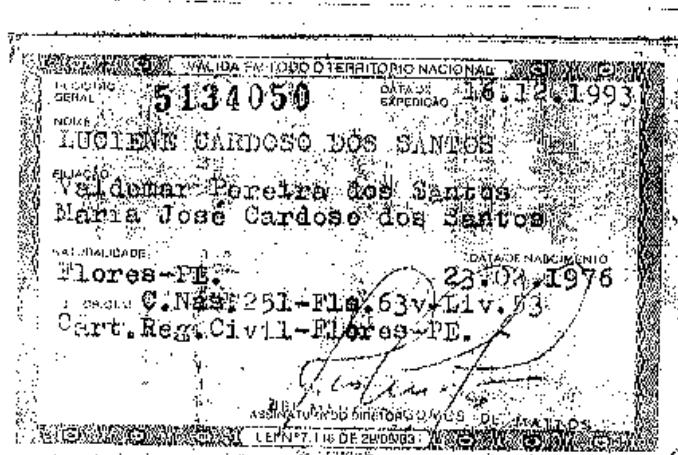
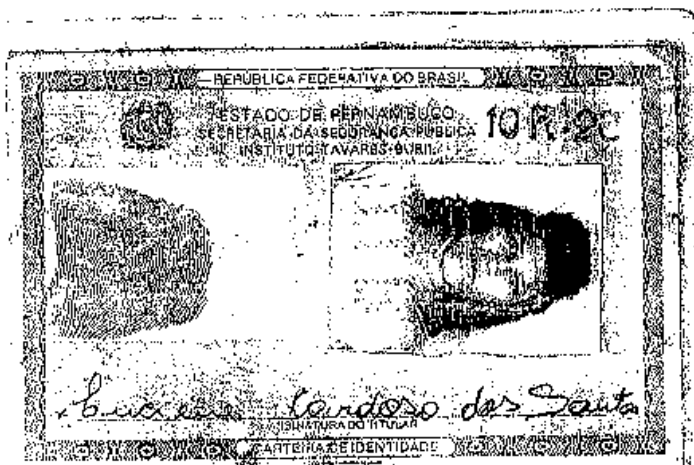
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55038438	05/12/2019 10:15	ANEXO 1	Outros (Documento)

Documentos de identificação





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **024.721.254-70**

Nome da Pessoa Física: **LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **23/02/1976**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/05/1995**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:10:04** do dia **26/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FFC3.D881.0437.2E2A**

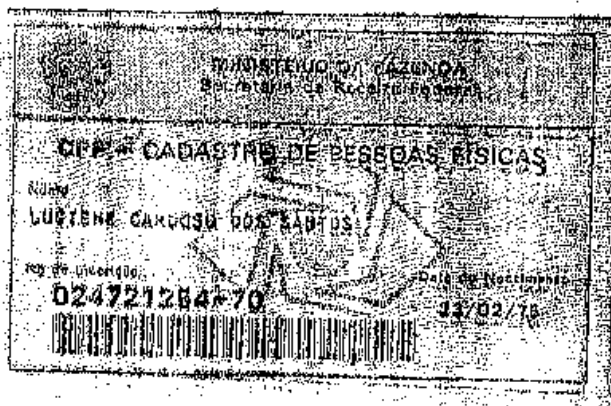
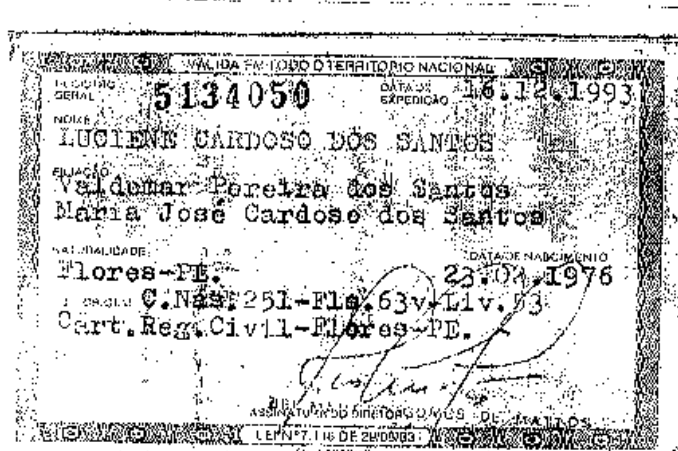
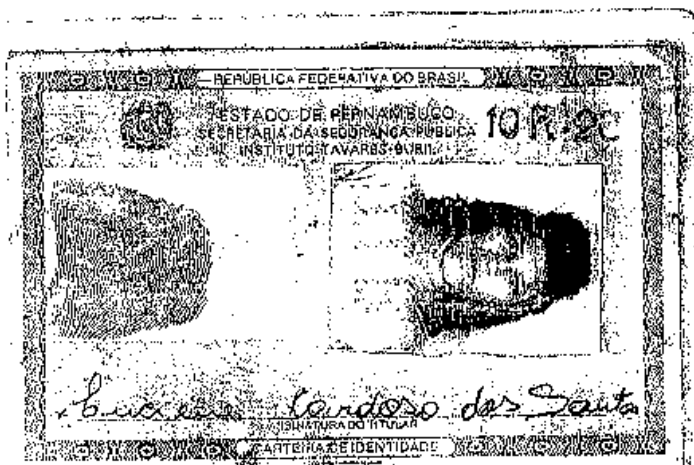


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentos de identificação





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **024.721.254-70**

Nome da Pessoa Física: **LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **23/02/1976**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/05/1995**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:10:04** do dia **26/04/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FFC3.D881.0437.2E2A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentos de identificação



União

26 ABR. 2017

Seguradora

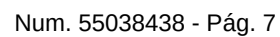


[illegible]

SEGURODORA UNIÃO
23 MAIO 2017
FILIAL RECIFE



União
26 ABR. 2017
Seguradora



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170234993 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170234993 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma membro inferior esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento Conservador.
Sem complicações

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 24/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE:

Nome: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: AGRICULTORA, portador(a) do RG 5134.050, órgão expedidor SSP-TB
e do CPF: 029.721.259-70, residente no(a) SITIO BARRA DE SOUZA
nº 2050, bairro: ZONA RURAL, município: CALUMBI / PE.

OUTORGADO:

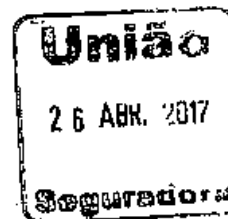
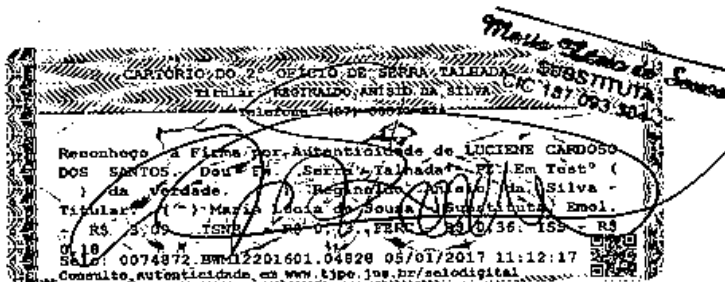
Nome: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE ALMEIDA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AUTONOMO, portador(a) do RG 2879255, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 508.791.544-20, residente no(a) RUA LUIZ ALVES DE MELO LIMA
nº 850, bairro: AABB, município: SERRA TALHADA / PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, seja depositada em minha conta e não na conta do procurador, da vítima LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS.

Local e Data: Serra Talhada, 05 de Janeiro de 2017

Luciene Cardoso dos Santos

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10926419

A/C: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170234993 ASL-0161679/17
Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00683/00684 - carta_03



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10926514

A/C: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170234993 ASL-0161679/17

Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

Data Acidente: 17/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01303/01304 - carta_01



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11327808

A/C: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS

Sinistro: 3170234993 ASL-0161679/17
Vítima: LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00595/00596 - carta_02



**Lauda 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

Nome do(a) Examinado(a): Luciene Cardoso dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Barra de Souza, 2050
Calumbi Rural Calumbi PE CEP: 56930-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5134050
Data local do exame: [24/07/2017] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
CICATRIZ NO JOELHO ESQUERDO
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
RELATA DOR
Data da alta: 26/09/2016
CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim (X) Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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" (X) "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias (NÃO EXISTEM LESÕES DIRETAMENTE DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA)
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CRM-PE 19340/CRM-PB 8607

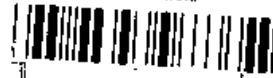


16/11/2016

Boletim de Ocorrência



Boletim de ocorrência



26 ABR. 2017

Seguradora

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0267004016**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/11/2016** às **12:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2016** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, SÍTIO JUREMA / ZONA RURAL / PE-320** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE-320**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAOSE APLICA (AUTOR / AGENTE)
RONALDO LOURENÇO DUNGA (VÍTIMA)
LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RONALDO LOURENÇO DUNGA**



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

RONALDO LOURENÇO DUNGA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BENEDITA ELIZA DA CONCEIÇÃO** Pai: **DAGMAR LOURENÇO DUNGA** Data de Nascimento: **7/5/1972** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4325846/SDS/PE (RG), 79347789453 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87988053706**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CALUMBI, 1, SÍTIO BARRA / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE CARDOSO DOS SANTOS** Pai: **VALDEMAR PEREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **23/2/1976** Naturalidade: **FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5134050/SSP/PE (RG), 02472125470 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87988053706**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CALUMBI, 1, SÍTIO BARRA / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

ers/Polícia%20Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

1/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/12/2019 10:15:18
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120510151875300000054150524>
Número do documento: 19120510151875300000054150524

Num. 55038438 - Pág. 15

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RONALDO LOURENÇO DUNGA**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **RONALDO LOURENÇO DUNGA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KJG7385** (PERNAMBUCO/CALUMBI) Renavam: **927506831** Chassi: **9C2KC08107R188158**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. RONALDO LOURENÇO DUNGA, PARA COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA PELA RODOVIA PE-320 NO SENTIDO CALUMBI / SERRA, LEVANDO EM SUA GARUPA A VÍTIMA LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO JUREMA, O CONDUTOR PARA NÃO COLIDIR EM UM TRANSEUNTE QUE ATRAVESSOU NA RODOVIA, VEIO A FAZER UMA MANOBRA BRUSCA E CAIR JUNTAMENTE COM A GARUPA, SENDO AMBOS SOCORRIDOS POR POPULARES PARA O HOSPAM ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO.

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

RONALDO LOURENÇO DUNGA
(VITIMA)

LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Alexandre Bittencourt Santos* - Matrícula: **272.710-2**

Luciene Cardoso dos Santos
Ronaldo Lourenço Dunga

Imprimir



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Lauciene Cardoso dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5134050 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.721.254-70 residente e domiciliado na Rua Barão de Souza Cidade Calumbi-AL Estado Alagoas, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Lauciene Cardoso dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sereia Talhada 21/11/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Lauciene Cardoso dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5134050 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.721.254-70 residente e domiciliado na Rua Barão de Souza Cidade Calumbi-AC Estado Roraima, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Lauciene Cardoso dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sereia Talhada 21/11/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IM



Eu, Lauciene Cardoso dos Santos, portador da carteira de identidade nº 5134050 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.721.254-70 residente e domiciliado na Rua Barão de Souza Cidade Calumbi-AC Estado Roraima, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Lauciene Cardoso dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sereia Talhada 21/11/2016

Local e data



Ato declaratório



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 90

Data e Hora: 31/09/16 16:33	Data Nasc.: 23/02/76
Nome: <u>Márcia Cardoso dos Santos</u>	
Mãe: <u>Mãe José Cardoso dos Santos</u>	
Profissão: <u>Agricultora</u>	Sexo: <u>F</u> Estado Civil: <u>Casada</u> Escolaridade: <u>3ª grau</u>
Responsável: <u>a mesma</u>	
End. do Paciente: <u>Sítio Barra</u>	
Bairro: <u>Z. Rural</u>	Município: <u>Catumbi - PE</u> Fone: <u>98805-1515</u>
Cartão SUS:	Doc. Identidade:
Tipo de Atendimento:	
☒ Acidente de Trânsito	Acidente de Trabalho ☐
☐ Acesso	Consulta ☐
Raça/Cor:	
☐ Preto	Parda ☒
☐ Amarelo	Indígena ☐

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

História e Exame Físico: Problema no tornozelo há ± 1h. Na 4
normais / vitais: vit. 6 min. Ausculta - normal.
AO EX! 4 - DOK.
Exame em fase, tosse.
Free exte em 10 min exp.

Tratamento: Problema 1º grau em perna mte.

Exe - Exame

- NX tosse PA

- 11 dias exp AP e RNTL

- Av. ortopedia.

Dr. Eleazar Araújo
União
CRM-PE 13.624
CRM-CE 8000

Impressão Diagnóstica:

Pontuação

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às _____ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

União

26 ABR. 2017

Seguradora



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Paciente:

Idade:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

paciente de trânsito
17/09/16

Exames Solicitados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	União	Obs.	Seguradora
tramadol 100mg EV		União	26 ABR. 2017	Seguradora
SR 0,2x 400mg				
Paracetamol 750mg VO				
VAT 0,5mg IM				
KSPIN 2g + 4D EV				

Dr. Eleazar Araújo
 Médico
 CRM-PE 13.574
 ESCRITÓRIO



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luciene Cardoso dos Santos

RG nº 5134050, data de expedição 16/12/93 Órgão SSP-PB

CPF nº 024.121.254-70 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

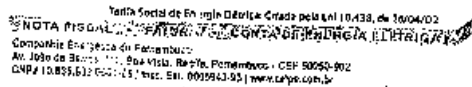
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Barra de Souza</u>
Número	<u>2050</u>
Apto / Complemento	<u>Zona Rural.</u>
Bairro	<u>Calumbi Rural</u>
Cidade	<u>Calumbi</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56930-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 996 08 2811</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada 21/11/2016

Assinatura do Declarante: Luciene Cardoso dos Santos





SEMPRE EM TODA LOJA DE CONSUMIDORA
SUA BARRA DE SUCUZA 2050 LIGIENE
CARDOSO

CALUMBI RURAL/CALUMBI RURAL
CALUMBI PE
56930-000

CON IN CONTATO
4008644770 10/2016
DATA DI RINGIOINAMENTO DATA RINVESTA DI PRIMA LETTERA
31/10/2016 23/11/2016
TOTALE A PROPRIO RISCHIO 42,55

072677451	UNICA	24/07/2010
797070316	2602029780	826493

2029 CRIC, 3 DA, NOTA FISCAL

Consumo Ativo (kWh)
Mês por tarifa: NF 002080485 - 22/08/05
Anos por tarifa: NF 002880503 - 22/03/10

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
127,0000000	0,32712439	41,56
		0,78
		0,23

TOTAL DA FATURA

Nº DO MOTOR	Tipo DA PUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (L/KM)
31432997	Cal	23-03-2016	14 269,00	24-10-2016	14 360,00	72	1,00000		127,50

VALORES DE DEMONSTRACAO		VALORES DE UTILIZACAO		VALORES DE CONTRA-RETO CONTA	
CONTAS	VALOR	CONTAS	VALOR	CONTAS	VALOR
001-1	127	001-1	127	001-1	127
002-1	127	002-1	127	002-1	127
003-1	127	003-1	127	003-1	127
004-1	127	004-1	127	004-1	127
005-1	127	005-1	127	005-1	127
006-1	127	006-1	127	006-1	127
007-1	127	007-1	127	007-1	127
008-1	127	008-1	127	008-1	127
009-1	127	009-1	127	009-1	127
010-1	127	010-1	127	010-1	127
011-1	127	011-1	127	011-1	127
012-1	127	012-1	127	012-1	127
013-1	127	013-1	127	013-1	127
014-1	127	014-1	127	014-1	127
015-1	127	015-1	127	015-1	127
016-1	127	016-1	127	016-1	127
017-1	127	017-1	127	017-1	127
018-1	127	018-1	127	018-1	127
019-1	127	019-1	127	019-1	127
020-1	127	020-1	127	020-1	127
021-1	127	021-1	127	021-1	127
022-1	127	022-1	127	022-1	127
023-1	127	023-1	127	023-1	127
024-1	127	024-1	127	024-1	127
025-1	127	025-1	127	025-1	127
026-1	127	026-1	127	026-1	127
027-1	127	027-1	127	027-1	127
028-1	127	028-1	127	028-1	127
029-1	127	029-1	127	029-1	127
030-1	127	030-1	127	030-1	127
031-1	127	031-1	127	031-1	127
032-1	127	032-1	127	032-1	127
033-1	127	033-1	127	033-1	127
034-1	127	034-1	127	034-1	127
035-1	127	035-1	127	035-1	127
036-1	127	036-1	127	036-1	127
037-1	127	037-1	127	037-1	127
038-1	127	038-1	127	038-1	127
039-1	127	039-1	127	039-1	127
040-1	127	040-1	127	040-1	127
041-1	127	041-1	127	041-1	127
042-1	127	042-1	127	042-1	127
043-1	127	043-1	127	043-1	127
044-1	127	044-1	127	044-1	127
045-1	127	045-1	127	045-1	127
046-1	127	046-1	127	046-1	127
047-1	127	047-1	127	047-1	127
048-1	127	048-1	127	048-1	127
049-1	127	049-1	127	049-1	127
050-1	127	050-1	127	050-1	127
051-1	127	051-1	127	051-1	127
052-1	127	052-1	127	052-1	127
053-1	127	053-1	127	053-1	127
054-1	127	054-1	127	054-1	127
055-1	127	055-1	127	055-1	127
056-1	127	056-1	127	056-1	127
057-1	127	057-1	127	057-1	127
058-1	127	058-1	127	058-1	127
059-1	127	059-1	127	059-1	127
060-1					

CG56 D923 3-41 9204 3149 2403 QH-46.1725

INFORMACOES IMPORTANTES

As notas de todos os trabalhos a serem avaliados deverão ser entregues em uma única folha, com o nome do aluno e o número da matrícula, e o nome do professor. As notas deverão ser entregues em uma única folha, com o nome do aluno e o número da matrícula, e o nome do professor. As notas deverão ser entregues em uma única folha, com o nome do aluno e o número da matrícula, e o nome do professor.

Hicieron un estudio de 3000 personas en 1975, y este descubrió que, si una persona se casó en la juventud, el riesgo de tener un hijo con problemas de aprendizaje era de 20 por ciento, en comparación con los hijos de los padres que se casaron después de los 30 años. En 1977, el estudio descubrió que el riesgo de tener un hijo con problemas de aprendizaje era de 10 por ciento si una persona se casó después de los 30 años, en comparación con los hijos de los padres que se casaron antes de los 30 años.

[illegible]

COUNT CONTRACT Nº 5040 DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$) 42,55
400864770 31/10/2018
83870000000-1.42550011004.3 00864477010 0 30000000000-13-7



[illegible]

CNPJ 06.739.015/0003-04
INSC. EST. M^o 18.1.001.0014398-2

completa

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

NOTICE: 23697467

WPI&S Corporation

ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR
ALBERTO ALVES DE MELO LIMA, M. 00850 - AABR SERRA TALHADA PE SE
TELEFONE: 2259746

912-120
INSERIANO-134-236-123-0005-665-GRUPO-9-DEB-RO-CHINA-QUARTAL-DE-LOS-ECONOMOS
SITUACION ACUM SITUACION ECONOMICA

LIGADO	POTENCIAL	1	
--------	-----------	---	--

1-A12U165250-28700-2014 01/08/2014-REAR

AGUA:
LEIT ANT: 587
LEIT ATU: 626
LEIT FAT: 626

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

06/2014	36
05/2014	28
04/2014	41
03/2014	50
02/2014	36
01/2014	36

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS.
TURBIDOEZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTAIS	70	70	70
E. COLI	70	70	70

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COEFICIENTES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
------------------------	---------	-------------

RESIDENCIAL	UNIDADE(S)	10 M3	30,00
ATE. 10 M3 -	30,00 POR UNIDADE	10 M3	344,40
11 M3 A 20 M3 -	R\$ 3,44 POR M3	10 M3	40,90
21 M3 A 30 M3 -	R\$ 4,09 POR M3	9 M3	50,67
31 M3 A 50 M3 -	R\$ 5,63 POR M3		

RECEIVED: 18/08/2014

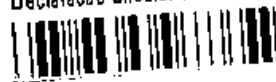
MESSAGGIO:

União

26 APR. 2017

Seguradora





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR, portador(a) do

RG nº 28.74.255, expedido por SSP-PE, em

16/07/1983, CPF/CNPJ nº 508.791.594-20,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) LUCIENE

CARDOSO DOS SANTOS do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária

da vítima LUCIENE CARDOSO DOS SANTOS, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: R\$ 937,00

Documentos comprobatórios: Não possui

x Antonio Marcos Nogueira de Aguiar
ASSINATURA -- PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Antonio Marcos Nogueira de Aguiar, portador(a) do

RG nº 2.874.255, expedido por SSP-PE, em

16 / 07 / 1988, CPF/CNPJ nº 508.791.544-20,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Luciene

Condezo dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza _____

da vítima Luciene Condezo dos Santos, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ Recursos

Documentos comprobatórios: Recursos - 5x

Antonio Marcos Nogueira de Aguiar

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SEGURADORA UNIAO

23 MAIO 2017

FILIAL RECIFE



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

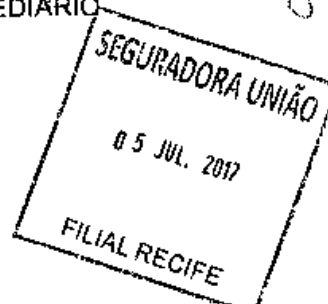
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Antonio Marcos Nogueira de Aguiar, portador(a) do RG nº 2.844.255, expedido por SSP. PE, em 16 / 07 / 1983, CPF/CNPJ nº 508.791.544.20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Luciene Cardoso dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Luciene Cardoso dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

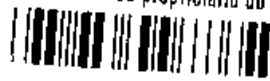
Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recusa da Sr

Antonio Marcos Nogueira de Aguiar
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo Lourenço Dunga,
RG nº 4.325.846, data de expedição 24/08/11,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 793.477.894-53 com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Barra de Souza, nº 2090
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Luciene Cardoso dos Santos, cujo o condutor era
Ronaldo Lourenço Dunga.

Veículo: HONDA/CG 150 TITAN KS MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 150
Ano: 2007
Placa: KJG 4385
Chassi: 9C2KCO8107R18858
Data do Acidente: 11/09/16
Local e Data: _____

ÚNICO OFÍCIO

Ronaldo Lourenço Dunga
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

ÚNICO OFÍCIO

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

ÚNICO OFÍCIO

CARTEIRO DO REGISTRO CIVIL E TABELIÃO CALUMBI - PE
Titular: GIVALDO CORDEIRO DE LIMA
Telefone: (87) 35451-104

Reconheço a firma RONALDO LOURENÇO DUNGA, por
autenticidade: Dou fé. Emolumentos: R\$ 3,26 TSMR: R\$
0,73 EPRC: R\$ 0,37 = Valor da Guia R\$ 4,36

Ronaldo Lourenço Dunga
Selo: 0075838 LNK11201602.00004 22/11/2016 08:40:52
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



Declaração do proprietário do v



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo Laurence Dunga

RG nº 4.325.846, data de expedição 24/08/11,
Órgão SDS-PC, portador do CPF nº 793.477.894-53, com
domicílio na cidade de Calumbi, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Barra de Souza, nº 2050,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Buciene Cardoso dos Santos, cujo o condutor era
Ronaldo Laurence Dunga.

Veículo: Honda/CG 150 Titau KS motocicleta

Modelo: HONDA CG 150

Ano: 2007/2007

Placa: K7G 7385

Chassi: 9C2KC08107R18858

Data do Acidente: 17/09/2016

Local e Data: Serra Talhada, 16 de maio de 2017.

Ronaldo Laurence Dunga

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Ronaldo Laurence Dunga

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

(Sem reconhecimento de firma)

Marcos Elycio da Silva

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - SUBSTITUIÇÃO
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 39311-924

Saqueio a Firma por Autenticidade de RONALDO
LAURENÇO DUNGA, Dou-Ed. Serra Talhada PE, 17/04/11,
da verdade. (Ronaldo Laurence Dunga - Silva -
Titular: (1) Maria Lucia da Silva - Substituição - Exp. 1.
- R\$ 3,30. TQR - R\$ 0,16. PRC - R\$ 0,94. 155 - R\$
0,19.
Selo: 0074812.MICRO4201701.03105 16/05/2017 08:22:22
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo Laurence Dunga,

RG nº 4325.846, data de expedição 24/08/11.

Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 793.477.894-53, com

domicílio na cidade de Calumbi, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Barra de Souza, nº 2052,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado (é/era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Luciene Lemos dos Santos, cujo o condutor era

Ronaldo Laurence Dunga.

Veículo: Honda/CG 150 TITAN KS motocicleta

Modelo: HONDA CG 150

Ano: 2007/2007

Placa: KAG 7385

Chassi: SC2K08107R18858

Data do Acidente: 17/09/2016

Local e Data: Serra Talhada, 16 de maio de 2017.

Ronaldo Laurence Dunga

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Ronaldo Laurence Dunga

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

(Sem reconhecimento de firma)

Cartório do 1º Ofício de Cartas Talhadas e Substituta
Título: **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**
Telefone: (81) 3331-824

Reconheço a Firma por Autenticidade de **RONALDO LAURENÇO DUNGA** (CPF: 793.477.894-53) e de **Luciene Lemos dos Santos** (CPF: 000.000.000-00) - Titular: () Maria Lúcia de Souza - Substituto: ()

R\$ 3,30. ITR - R\$ 0,78. EPP - R\$ 0,00. LG - R\$ 0,00.

018: 0014832-KRPO4201701-03105 16/05/2017 09:22:22

Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seledigital





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Nº 90

Data e Hora: 31/09/16 16:22	Data Nasc.: 23/02/76
Nome: <u>Inylene Cardoso dos Santos</u>	
Mãe: <u>Mãe Jose Cardoso dos Santos</u>	
Profissão: <u>Agricultora</u>	Sexo: <u>F</u> Estado Civil: <u>Casada</u> Escolaridade: <u>3ª grau</u>
Responsável: <u>a mesma</u>	
End. do Paciente: <u>Sítio Barra</u>	
Bairro: <u>Z. Rural</u>	Município: <u>Calumbi - PE</u> Fone: <u>98805-1575</u>
Cartão SUS:	Doc. Identidade:
Tipo de Atendimento:	
☒ Acidente de Trânsito	Acidente de Trabalho ☐
☐ Agressão	Consulta ☐
Raça/Cor:	
☐ Preto	Parda ☒
☐ Amarelo	Indígena ☐

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico: Moto a moto, cano + H₂ ± 1h. Nega
dores / vômitos. vit. 6 min. tremor - diáfores.
AO EX! 4 - D=OK.
ausculta em pulm., tórax.
fee extorax em doito esp.

Tratamento: Procuramos 1º grau em perna mtr.

CD: - curativo

- Nx tórax PA

II sugilo em AP e perna

- Av. ortopédia

Dr. Eleazar Araújo
Unidade
CIRTOPE 113/524
CIRTOPE 80001

Impressão Diagnóstica:

Contusão

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

União

26 ABR. 2017

Seguradora



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

Paciente:

Idade:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

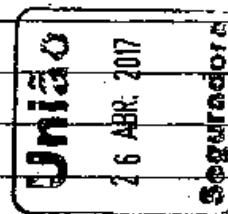
Acidente de trânsito
17/09/16

Exames Solicitados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
Tramadol 100mg EV		
SR 0,9% 400ml		
Paracetamol 750mg VO		
VAT 0,5mg IM		
KEFIVIN 2g + 4D EV		

Dr. Eleazar Araújo
Licença
CRM-PE 12.574
CBO 35120500





TRIUNFO
PREFEITURA MUNICIPAL
Melhorando a vida do gente

Prefeitura Municipal de Triunfo
Secretaria de Saúde - Convênio S.U.S.
Avenida José Veríssimo dos Santos N.º 365
Telefone: (87) 3846-1294 • Triunfo - Pernambuco

Receituário

Luciene Cordoso dos
Trinta

URGENTE!!!
Solicitado com
consulta ORTOPEDISTA

Dr. Cicero Simões da Lima
MÉDICO
CRM 127.365.974-00

Triunfo 08/11/16

Médico

União

26 ABR. 2017

Seguradora





HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM/SUS/PE

ne: LUCIENE CARNEIRO DOS SANTOS

VSO inf

1 - CEFALGICA 500mg - 27cp

temper 37,5 vs 37,8 p/ 7 dias

2 - METFORMINA 400mg - 27cp

temper 37,5 vs 37,8 p/ 7 dias



Dr. Edson José
União
CRM-PE 15.574
CRM-CE 2006

Médico - CRM

12/9/16

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
TRIUNFO PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO Secretaria Municipal de Saúde CNPJ: 11.350.659/0001-96
Av. José Veríssimo dos Santos, 365 - Centro CEP: 56870-000 - Triunfo - PE

DATA: 26/09/16

Paciente: Luciene Carneiro dos Santos
Endereço: VSO inf
Prescrição: Mudar para 01 CX Person com leved 12/12/16 VSO Queimadura 250mg - 30 CX OT Choped 100ml - 100ml
1
Cambo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome Completo:	
Identidade:	
Órgão Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	
UF:	
Telefone:	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
	DATA