



Número: **0000074-23.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **22/01/2019**

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	
MARIA DAS GRACAS DE SOUZA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56448348	14/01/2020 16:53	2615452_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00000742320198173370

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 subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA DAS GRACAS DE SOUZA**, 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.

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 ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), 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.

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 13 de janeiro de 2020.

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





Número: **0000074-23.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **22/01/2019**

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	
MARIA DAS GRACAS DE SOUZA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56448349	14/01/2020 16:53	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA

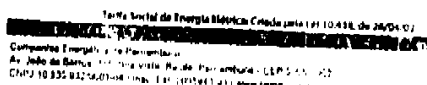
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000058215-9

Nr. da Autenticação CDDE049ECE78DA64





EDIFICIO DA UNIDADE CONSUMIDORA
INIA FRANCISCO A. ZUÑIGA

INSPER/ST NDA TALMA -
SERRA TALMACATE
66012-130

CLASSIFICAÇÃO
111 PR. BOMBAICIA
NE INDICIA
MONTES BACII

000000120	UNCA	230022010
230022010	000130200	000000120

2278076019 02/2018
02/03/2018 28/03/2018
210,321

[illegible]

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VAL (R\$)
7/16 00000000	17 00874504	1200 54
		7 40
		7 11
		9 48
		1 11
		1
		40

TOTAL DA FATURA

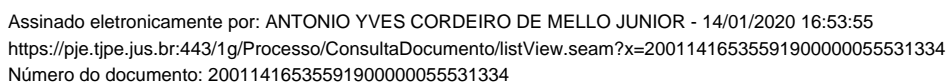
NUMERO DE INVENTARIO	TIPO DE FOLIO	ANTERIOR	DATA	POSTERIOR	NUMERO DE FOLIO	CONTENIDO	ANEXO	COMENTARIO (Opcional)
1-1-1-1-1	0-01	1-1-1-1-1	19-02-2018	1-1-1-1-1	20	1-1-1-1-1		

[illegible]

0415 MSGC 4100 0700 1300 1400 1500 1600 1700 1800 1900 2000 2100 2200 2300 2400 2500 2600 2700 2800 2900 3000 3100 3200 3300 3400 3500 3600 3700 3800 3900 4000 4100 4200 4300 4400 4500 4600 4700 4800 4900 5000 5100 5200 5300 5400 5500 5600 5700 5800 5900 6000 6100 6200 6300 6400 6500 6600 6700 6800 6900 7000 7100 7200 7300 7400 7500 7600 7700 7800 7900 8000 8100 8200 8300 8400 8500 8600 8700 8800 8900 9000 9100 9200 9300 9400 9500 9600 9700 9800 9900 10000 10100 10200 10300 10400 10500 10600 10700 10800 10900 11000 11100 11200 11300 11400 11500 11600 11700 11800 11900 12000 12100 12200 12300 12400 12500 12600 12700 12800 12900 13000 13100 13200 13300 13400 13500 13600 13700 13800 13900 14000 14100 14200 14300 14400 14500 14600 14700 14800 14900 15000 15100 15200 15300 15400 15500 15600 15700 15800 15900 16000 16100 16200 16300 16400 16500 16600 16700 16800 16900 17000 17100 17200 17300 17400 17500 17600 17700 17800 17900 18000 18100 18200 18300 18400 18500 18600 18700 18800 18900 19000 19100 19200 19300 19400 19500 19600 19700 19800 19900 20000 20100 20200 20300 20400 20500 20600 20700 20800 20900 21000 21100 21200 21300 21400 21500 21600 21700 21800 21900 22000 22100 22200 22300 22400 22500 22600 22700 22800 22900 23000 23100 23200 23300 23400 23500 23600 23700 23800 23900 24000 24100 24200 24300 24400 24500 24600 24700 24800 24900 25000 25100 25200 25300 25400 25500 25600 25700 25800 25900 26000 26100 26200 26300 26400 26500 26600 26700 26800 26900 27000 27100 27200 27300 27400 27500 27600 27700 27800 27900 28000 28100 28200 28300 28400 28500 28600 28700 28800 28900 29000 29100 29200 29300 29400 29500 29600 29700 29800 29900 30000 30100 30200 30300 30400 30500 30600 30700 30800 30900 31000 31100 31200 31300 31400 31500 31600 31700 31800 31900 32000 32100 32200 32300 32400 32500 32600 32700 32800 32900 33000 33100 33200 33300 33400 33500 33600 33700 33800 33900 34000 34100 34200 34300 34400 34500 34600 34700 34800 34900 35000 35100 35200 35300 35400 35500 35600 35700 35800 35900 36000 36100 36200 36300 36400 36500 36600 36700 36800 36900 37000 37100 37200 37300 37400 37500 37600 37700 37800 37900 38000 38100 38200 38300 38400 38500 38600 38700 38800 38900 39000 39100 39200 39300 39400 39500 39600 39700 39800 39900 40000 40100 40200 40300 40400 40500 40600 40700 40800 40900 41000 41100 41200 41300 41400 41500 41600 41700 41800 41900 42000 42100 42200 42300 42400 42500 42600 42700 42800 42900 43000 43100 43200 43300 43400 43500 43600 43700 43800 43900 44000 44100 44200 44300 44400 44500 44600 44700 44800 44900 45000 45100 45200 45300 45400 45500 45600 45700 45800 45900 46000 46100 46200 46300 46400 46500 46600 46700 46800 46900 47000 47100 47200 47300 47400 47500 47600 47700 47800 47900 48000 48100 48200 48300 48400 48500 48600 48700 48800 48900 49000 49100 49200 49300 49400 49500 49600 49700 49800 49900 50000 50100 50200 50300 50400 50500 50600 50700 50800 50900 51000 51100 51200 51300 51400 51500 51600 51700 51800 51900 52000 52100 52200 52300 52400 52500 52600 52700 52800 52900 53000 53100 53200 53300 53400 53500 53600 53700 53800 53900 54000 54100 54200 54300 54400 54500 54600 54700 54800 54900 55000 55100 55200 55300 55400 55500 55600 55700 55800 55900 56000 56100 56200 56300 56400 56500 56600 56700 56800 56900 57000 57100 57200 57300 57400 57500 57600 57700 57800 57900 58000 58100 58200 58300 58400 58500 58600 58700 58800 58900 59000 59100 59200 59300 59400 59500 59600 59700 59800 59900 60000 60100 60200 60300 60400 60500 60600 60700 60800 60900 61000 61100 61200 61300 61400 61500 61600 61700 61800 61900 62000 62100 62200 62300 62400 62500 62600 62700 62800 62900 63000 63100 63200 63300 63400 63500 63600 63700 63800 63900 64000 64100 64200 64300 64400 64500 64600 64700 64800 64900 65000 65100 65200 65300 65400 65500 65600 65700 65800 65900 66000 66100 66200 66300 66400 66500 66600 66700 66800 66900 67000 67100 67200 67300 67400 67500 67600 67700 67800 67900 68000 68100 68200 68300 68400 68500 68600 68700 68800 68900 69000 69100 69200 69300 69400 69500 69600 69700 69800 69900 70000 70100 70200 70300 70400 70500 70600

1980-1981
 1982-1983
 1984-1985
 1986-1987
 1988-1989
 1990-1991
 1992-1993
 1994-1995
 1996-1997
 1998-1999
 2000-2001
 2002-2003
 2004-2005
 2006-2007
 2008-2009
 2010-2011
 2012-2013
 2014-2015
 2016-2017
 2018-2019
 2020-2021
 2022-2023
 2024-2025
 2026-2027
 2028-2029
 2030-2031
 2032-2033
 2034-2035
 2036-2037
 2038-2039
 2040-2041
 2042-2043
 2044-2045
 2046-2047
 2048-2049
 2050-2051
 2052-2053
 2054-2055
 2056-2057
 2058-2059
 2060-2061
 2062-2063
 2064-2065
 2066-2067
 2068-2069
 2070-2071
 2072-2073
 2074-2075
 2076-2077
 2078-2079
 2080-2081
 2082-2083
 2084-2085
 2086-2087
 2088-2089
 2090-2091
 2092-2093
 2094-2095
 2096-2097
 2098-2099
 2100-2101
 2102-2103
 2104-2105
 2106-2107
 2108-2109
 2110-2111
 2112-2113
 2114-2115
 2116-2117
 2118-2119
 2120-2121
 2122-2123
 2124-2125
 2126-2127
 2128-2129
 2130-2131
 2132-2133
 2134-2135
 2136-2137
 2138-2139
 2140-2141
 2142-2143
 2144-2145
 2146-2147
 2148-2149
 2150-2151
 2152-2153
 2154-2155
 2156-2157
 2158-2159
 2160-2161
 2162-2163
 2164-2165
 2166-2167
 2168-2169
 2170-2171
 2172-2173
 2174-2175
 2176-2177
 2178-2179
 2180-2181
 2182-2183
 2184-2185
 2186-2187
 2188-2189
 2190-2191
 2192-2193
 2194-2195
 2196-2197
 2198-2199
 2200-2201
 2202-2203
 2204-2205
 2206-2207
 2208-2209
 2210-2211
 2212-2213
 2214-2215
 2216-2217
 2218-2219
 2220-2221
 2222-2223
 2224-2225
 2226-2227
 2228-2229
 2230-2231
 2232-2233
 2234-2235
 2236-2237
 2238-2239
 2240-2241
 2242-2243
 2244-2245
 2246-2247
 2248-2249
 2250-2251
 2252-2253
 2254-2255
 2256-2257
 2258-2259
 2260-2261
 2262-2263
 2264-2265
 2266-2267
 2268-2269
 2270-2271
 2272-2273
 2274-2275
 2276-2277
 2278-2279
 2280-2281
 2282-2283
 2284-2285
 2286-2287
 2288-2289
 2290-2291
 2292-2293
 2294-2295
 2296-2297
 2298-2299
 2300-2301
 2302-2303
 2304-2305
 2306-2307
 2308-2309
 2310-2311
 2312-2313
 2314-2315
 2316-2317
 2318-2319
 2320-2321
 2322-2323
 2324-2325
 2326-2327
 2328-2329
 2330-2331
 2332-2333
 2334-2335
 2336-2337
 2338-2339
 2340-2341
 2342-2343
 2344-2345
 2346-2347
 2348-2349
 2350-2351
 2352-2353
 2354-2355
 2356-2357
 2358-2359
 2360-2361
 2362-2363
 2364-2365
 2366-2367
 2368-2369
 2370-2371
 2372-2373
 2374-2375
 2376-2377
 2378-2379
 2380-2381
 2382-2383
 2384-2385
 2386-2387
 2388-2389
 2390-2391
 2392-2393
 2394-2395
 2396-2397
 2398-2399
 2400-2401
 2402-2403
 2404-2405
 2406-2407
 2408-2409
 2410-2411
 2412-2413
 2414-2415
 2416-2417
 2418-2419
 2420-2421
 2422-2423
 2424-2425
 2426-2427
 2428-2429
 2430-2431
 2432-2433
 2434-2435
 2436-2437
 2438-2439
 2440-2441
 2442-2443
 2444-2445
 2446-2447
 2448-2449
 2450-2451
 2452-2453
 2454-2455
 2456-2457
 2458-2459
 2460-2461
 2462-2463
 2464-2465
 2466-2467
 2468-2469
 2470-2471
 2472-2473
 2474-2475
 2476-2477
 2478-2479
 2480-2481
 2482-2483
 2484-2485
 2486-2487
 2488-2489
 2490-2491
 2492-2493
 2494-2495
 2496-2497
 2498-2499
 2500-2501
 2502-2503
 2504-2505
 2506-2507
 2508-2509
 2510-2511
 2512-2513
 2514-2515
 2516-2517
 2518-2519
 2520-2521
 2522-2523
 2524-2525
 2526-2527
 2528-2529
 2530-2531
 2532-2533
 2534-2535
 2536-2537
 2538-2539
 2540-2541
 2542-2543
 2544-2545
 2546-2547
 2548-2549
 2550-2551
 2552-2553
 2554-2555
 2556-2557
 2558-2559
 2560-2561
 2562-2563
 256

1. Nome do beneficiário: **JOÃO CARLOS DE SOUZA**
 2. Data de nascimento: **15/03/1978**
 3. Local de nascimento: **BRASILIA, DF**
 4. Data de ingresso no serviço: **01/01/2000**
 5. Cargo: **ANALISTA DE SISTEMAS**
 6. Valor da contribuição: **R\$ 1.200,00**
 7. Data de pagamento: **15/03/2000**
 8. Assinatura do beneficiário: **[Assinatura]**
 9. Assinatura do responsável: **[Assinatura]**
 10. Assinatura do servidor: **[Assinatura]**
 11. Assinatura do chefe de seção: **[Assinatura]**
 12. Assinatura do chefe de departamento: **[Assinatura]**
 13. Assinatura do chefe de unidade: **[Assinatura]**
 14. Assinatura do chefe de estabelecimento: **[Assinatura]**
 15. Assinatura do chefe de região: **[Assinatura]**
 16. Assinatura do chefe de estado: **[Assinatura]**
 17. Assinatura do chefe de país: **[Assinatura]**
 18. Assinatura do chefe de continente: **[Assinatura]**
 19. Assinatura do chefe de planeta: **[Assinatura]**
 20. Assinatura do chefe de universo: **[Assinatura]**



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAL** 0150 0221204 ou 0800 1211006 (exclusivo para pessoas com deficiência audial).

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/DOCORIGINAL.ASPX?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 DPVAL, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

O que entendemos por **Seguros Privados** são as operações por meio do controle e regulamentação dos mercados de seguro que fornecem proteção a esta população e seus seguros.

O Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar as atividades administrativas, receber e examinar e identificar e recomendar suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.307/96.

Pelo exposto, eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o nº 011.111.111-00, declaro que sou Beneficiário na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário inscrito (a) no CPF sob o nº 011.111.111-00, do sinistro de DPVAL cobertura 011.111.111-00 da Vítima ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o nº 011.111.111-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: PROCURADOR Renda: até 1 salário mínimo e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAL, residir no endereço informado, 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	Número		Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CPF
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Assinatura de _____ de _____ de _____
Total e Par

Assinatura de _____
Assinatura do Declarante

01/01/2020 16:53:55



Declaração do Proprietário do Veículo

Fu. Reginaldo Amadio da Silva
 RG nº 25.810.000.022, data de expedição 12/1/19
 Órgão SSP, portador do CPF nº 046.672.774-19, com
 domicílio na cidade de Santa Vitória, no Estado de
ES, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antônio Carlos nº 1,
 complemento Cidade, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Marcos Vinícius de S. P. cujo o condutor era
Reginaldo Amadio da Silva
 Veículo: Volvo 1000
 Modelo: 1000
 Ano: 1978
 Placa: 1000
 Chassi: 1000
 Data do Acidente: 12/1/19
 Local e Data: Santa Vitória

Reginaldo Amadio da Silva
 Assinatura do Declarante



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

Reginaldo Amadio da Silva
 Assinatura do Condutor

Reginaldo Amadio da Silva
 Assinatura do Condutor

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTARIA TÁBUA - PE
 Titular: REGINALDO AMADIO DA SILVA
 Telefone: (87) 38311-878

Reconheço a Firma por Autenticidade de REGINALDO AMADIO DA SILVA
 SOUSA DA PAIXAO, Dou Fe, Notaria Tábua, PE, em 12/01/2020
 () da verdade. () Reginaldo Amadio da Silva
 Titular: () Maria Luiza de Sousa - Autenticidade
 - Nº 1.39. TRNR - Nº 0.40. TRNR - Nº 1.39. TRNR
 Selo: 0074872, WVA04201801, 02387, 20/04/2019, 12/01/2020
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 05

Data e Hora: 08-11-14		Data Nasc.: 17/07/69	
Nome: Maria das Graças de Souza			
Mãe: Eliza Alves de Souza			
Profissão: Aposentada	Sexo: F	Estado Civil: Viúva	Escolaridade:
Responsável: A mesma			
End. do Paciente: Fazenda Belega			
Bairro: Santa	Município: STA. PE	Fone: 8799661602	
Cartão SUS:		Doc. Identidade: 2.012.322	
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Preto <input checked="" type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena			

Pressão Arterial: 120 x 80 Pulso: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de moto, dor e edema perna direita. Polidez dorso da mão direita, dor torax esquerda.

Tratamento: Solicito Rx Tórax inferior, Perna Direita em AP e Perfil. Voltar Hemograma e TGO. Tbl. Bata, e D. Encaminhar para avaliação Med. de Emergência.

Maria Adrie Pereira de Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 731.228

Impressão Diagnóstica: Trauma MLD
Fratura metacarpo 5º dedo D

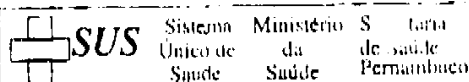
Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às _____ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM: Dr. Cicero Simões de Lima
CRM 6755 / CPF: 127.368.974-00





Sistema Ministério S. taia
Único de da de Saúde
Saúde Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	3. CNES
HOSPITAL SAO VICENTE	2351633
2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE	4. CNES
HOSPITAL SAO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

5. NÚMERO DO DOCUMENTO	6. NOME ATEND
239.198.844-34	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8. N° DO PROFISSIONAL
898003458459733	000095560
9. NOME DO PACIENTE	10. DATA DE NASCIMENTO
MARIA DAS GRACAS DE SOUZA	17/07/1959
11. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	12. SEXO
ELISA ALVES DE SOUZA	Feminino
13. ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)	14. COD. TELEFONE DO URGENTE
FAZENDA GROTOES	(87) 9637-6388
15. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16. COD. REG. MUNICIPAL
SERRA TALHADA	PE 56903-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO	18. CID PRINCIPAL
<i>Exame físico normal. Sem alterações.</i>	S50.0
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	20. CID SECUNDÁRIO
<i>Exame físico normal. Sem alterações.</i>	
21. DIAGNÓSTICO INICIAL	22. CID SECUNDÁRIO
<i>Exame físico normal. Sem alterações.</i>	
23. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24. CID SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26. COD DO PROCEDIMENTO
<i>Exame físico normal. Sem alterações.</i>	
27. CLÍNICA	28. CARACTER DA INTERNAÇÃO
306 - TRAUMA FEM	01
29. ASSINIL CARIMBO DO SOLICITANTE (ASSISTENTE)	30. DATA DA SOLICITAÇÃO
<i>Antônio Rodrigues de Freitas</i>	08/11/2017
31. ASSINIL CARIMBO DO RESPONSÁVEL	32. DATA DA SOLICITAÇÃO
<i>Marciana Pereira Ferreira</i>	08/11/2017
33. ASSINIL CARIMBO DO RESPONSÁVEL	34. DATA DA SOLICITAÇÃO
<i>CRM: 18278</i>	

PRESENCIA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35. 1. ACIDENTE DE TRANSITO	36. 1. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	38. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
39. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	40. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
41. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	42. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
43. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	44. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
45. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	46. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
47. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	48. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
49. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	50. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
51. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	52. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
53. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	54. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
55. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	56. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
57. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	58. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
59. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	60. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
61. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	62. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
63. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	64. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
65. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	66. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
67. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	68. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
69. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	70. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
71. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	72. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
73. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	74. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
75. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	76. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
77. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	78. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
79. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	80. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
81. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	82. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
83. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	84. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
85. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	86. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
87. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	88. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
89. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	90. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
91. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	92. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
93. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	94. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
95. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	96. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
97. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	98. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
99. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	100. 1. ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

AUTORIZAÇÃO

45. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46. COD ORGÃO EMISSOR
47. DOCUMENTO	48. N° DO DOCUMENTO (CÓDIGO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
1. CNES	1. CNES
2. CNES	2. CNES
3. CNES	3. CNES
4. CNES	4. CNES
5. CNES	5. CNES
6. CNES	6. CNES
7. CNES	7. CNES
8. CNES	8. CNES
9. CNES	9. CNES
10. CNES	10. CNES
11. CNES	11. CNES
12. CNES	12. CNES
13. CNES	13. CNES
14. CNES	14. CNES
15. CNES	15. CNES
16. CNES	16. CNES
17. CNES	17. CNES
18. CNES	18. CNES
19. CNES	19. CNES
20. CNES	20. CNES
21. CNES	21. CNES
22. CNES	22. CNES
23. CNES	23. CNES
24. CNES	24. CNES
25. CNES	25. CNES
26. CNES	26. CNES
27. CNES	27. CNES
28. CNES	28. CNES
29. CNES	29. CNES
30. CNES	30. CNES
31. CNES	31. CNES
32. CNES	32. CNES
33. CNES	33. CNES
34. CNES	34. CNES
35. CNES	35. CNES
36. CNES	36. CNES
37. CNES	37. CNES
38. CNES	38. CNES
39. CNES	39. CNES
40. CNES	40. CNES
41. CNES	41. CNES
42. CNES	42. CNES
43. CNES	43. CNES
44. CNES	44. CNES
45. CNES	45. CNES
46. CNES	46. CNES
47. CNES	47. CNES
48. CNES	48. CNES
49. CNES	49. CNES
50. CNES	50. CNES
51. CNES	51. CNES
52. CNES	52. CNES
53. CNES	53. CNES
54. CNES	54. CNES
55. CNES	55. CNES
56. CNES	56. CNES
57. CNES	57. CNES
58. CNES	58. CNES
59. CNES	59. CNES
60. CNES	60. CNES
61. CNES	61. CNES
62. CNES	62. CNES
63. CNES	63. CNES
64. CNES	64. CNES
65. CNES	65. CNES
66. CNES	66. CNES
67. CNES	67. CNES
68. CNES	68. CNES
69. CNES	69. CNES
70. CNES	70. CNES
71. CNES	71. CNES
72. CNES	72. CNES
73. CNES	73. CNES
74. CNES	74. CNES
75. CNES	75. CNES
76. CNES	76. CNES
77. CNES	77. CNES
78. CNES	78. CNES
79. CNES	79. CNES
80. CNES	80. CNES
81. CNES	81. CNES
82. CNES	82. CNES
83. CNES	83. CNES
84. CNES	84. CNES
85. CNES	85. CNES
86. CNES	86. CNES
87. CNES	87. CNES
88. CNES	88. CNES
89. CNES	89. CNES
90. CNES	90. CNES
91. CNES	91. CNES
92. CNES	92. CNES
93. CNES	93. CNES
94. CNES	94. CNES
95. CNES	95. CNES
96. CNES	96. CNES
97. CNES	97. CNES
98. CNES	98. CNES
99. CNES	99. CNES
100. CNES	100. CNES





Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 08/11/2017		Nº Registro: 000095560	
Identificação do Paciente: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA		306 - TRAUMA FEM 02	
Data Nascimento: 17/07/1959	Idade: 58	Sexo: Feminino	Cor: Parda
Estado Civil: Viúvo(a)	Profissão: PENSIONISTA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: AFONSO NUNES DE BARROS		Mãe: ELISA ALVES DE SOUZA	
Endereço: FAZENDA GROTOES		2013	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 9637-6388
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/>		Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	
Suicídio <input type="checkbox"/>		Outros Acidentes <input type="checkbox"/>	
Casual <input type="checkbox"/>		Agressão <input type="checkbox"/>	
Outros <input type="checkbox"/>			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p><i>paciente com trauma por queda de altura, apresentando dor no membro superior direito e hematuria. Não há sinais de trauma no restante do corpo.</i></p>			
Diagnóstico Inicial			
<p><i>Fratura de humero direito</i></p>			
S.A.D.T.			
Diagnóstico Final			
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>		
Inalterado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>		
Piorado <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>		
Óbito < 48h <input type="checkbox"/>	Evaseio <input type="checkbox"/>		
Óbito > 48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>		
Óbito em: / /			
Hora: / /			
		Data do Internamento: 08/11/17	
		Data da Alta: 08/11/17	
		Local: / /	
		Medico responsável	





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALANTE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. LAI HADA
NOME DO RESPONSÁVEL
ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO
CRM 011592

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE
MARIA DAS NEVES DE SOUZA
ENDEREÇO DO PACIENTE
RUA ALVES DE SOUZA
NOME DO RESPONSÁVEL
ELIA ALVES DE SOUZA
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL
RUA RURAL - FAZENDA BELLEZA
MUNICÍPIO DO RESPONSÁVEL
SERRA TALHADA
DATA DO EXAME
17/01/2020
HORA DO EXAME
17:00
LOCAL DO EXAME
PR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
MOTIVO DA INTERNAÇÃO
PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO.
DOR LOMBAR EM PERNA DIREITA, PALIDEZ, DORMÊNCIA MÃO DIREITA
DOR TORAX ESQUERDO

EXAME DE RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA EM AP E LATERAL
EXAME DE RADIOGRAFIA DE TORAX ESQUERDO
EXAME DE RADIOGRAFIA DE TORAX DIREITO

SINAIS VITAIS
TAXA DE PULSO
TAXA DE RESPIRAÇÃO
TAXA DE PRESSÃO ARTERIAL
TAXA DE TEMPERATURA

PROCEDIMENTO SOLICITADO
NOME DO PROCEDIMENTO
EXAME DE RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA EM AP E LATERAL
EXAME DE RADIOGRAFIA DE TORAX ESQUERDO
EXAME DE RADIOGRAFIA DE TORAX DIREITO
EXAME DE RADIOGRAFIA DE TORAX ESQUERDO
EXAME DE RADIOGRAFIA DE TORAX DIREITO

AUTORIZAÇÃO
NOME DO RESPONSÁVEL
EXAME DE RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA EM AP E LATERAL
EXAME DE RADIOGRAFIA DE TORAX ESQUERDO
EXAME DE RADIOGRAFIA DE TORAX DIREITO





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

ESCLARECIMENTOS

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
06/11/17 11:24 ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição
Solicitação emitida

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
06/11/17 11:24	Em digitação	0h 0m 11s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - LITANHADA	Solicitação armazenada
06/11/17 11:24	Aguardando Regulação		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - LITANHADA	Aguarda solicitação da Secretaria de Regulação para AGUARDANDO REGULAÇÃO

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Cirugía Realizada:

Q & A session Tuesday 6 D

Date: 09/11/17

Indicio:

Terminos:

Σύμφωνα:

1. Auxiliaré

2' Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

[illegible]

Antônio Rodrigues de Freitas
CPS 7351
CPL 552 552-25

Assinatura do Ciru



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

ESCLARECIMENTOS

EVOLUÇÃO

Data/Hora	Profissional Evolução
14/01/2020 16:53	ENIO CLEBER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição	
Atendimento	

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuario/Estabelecimento	Observação
14/01/2020 16:53	Em atendimento	00:00:15	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR HOSPITAL FEDERAL DE CARVALHO FARMACIA	Atendimento em andamento
14/01/2020 16:53	Aguardando atendimento		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR HOSPITAL FEDERAL DE CARVALHO FARMACIA	Atendimento em andamento

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



99966-1603/99610-9979



HOSPAM

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: M. da Silva e Souza

Inscrição: 582

A. Trauma Sr. Vinte

R:

Fratura de Tornozelo D

R: 2h.

① D. de 1h

② D. de 500 y 1000

③ H. magnum + T. P. E + I. N. R

④ c. c. c. + 550

Dr. Enio K. de Carvalho
Traumatologia
CRM 15526

Data: 03/11/17

Assinado CRM



NOTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR ADELSON LUGUELES
 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
 Rua Comandante Superior 955 - Fone: (071) 3431-9600
 M. S. de Penha - Serra Talhada - PE - CEP 56.903-490

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: **PE** NÚMERO: **56272143**

Medicamentos ou Substâncias

Insulina G. Gluc
 Quantidade e Forma Farmacológica
100 U - 100 U
 Dose Por Unidade Posológica

UF de **PE** e **PE** Paciente **Maria do Carmo**
 Assinatura **Dr. José Simões de Lima** Endereço: **de Sampa**
CRUISEIRO **Medico** **RESIDUADO**
 Nome: _____ Endereço: _____
 Telefone: _____ Celular: _____
 Nome do Vendedor: _____ Data: _____

PASSO GRÁFICA EDITORA LTDA - ME - RUA CLAUDETE CORTEZ, 86 - JARDIM - RECIFE - PE - 51.110-110 (081) 3433-2000 FAX: (081) 3433-2001 CNPJ: 06.990.000/04 - NSC: 537-02965147
 407.5501.0001 SETEMBRO 2017 AGENCIA DE GÊNEROS N. 0004197217 EIV 20.04.2017



Dr. Danuzio Oliveira

CRM PE 17.564

Residência Médica em Neurologia Clínica
Membro Titular da Associação Brasileira de Neurologia

P1 Manuseio dos jatos de sangue

R ✓ D

17) Prescrição de 20mg OK em

Tem OK e novo diagnóstico

Tem OK e novo diagnóstico

Tem OK e novo diagnóstico

Tem OK e novo diagnóstico

EF 12/12/2019

12/12/2019

12/12/2019

12/12/2019

CLIMATIN - Clínica Materno Infantil
Rua Francisco Gomes de Andrade, 640
Centro - Fone/fax: (87) 3831-1133/3831-1128
CIP 56 912 440 - Serra Talhada - Pernambuco
E-mail: climatmat@yahoo.com.br

CLIMATIN

Danuzio Oliveira
Neurologista
CRM PE 17.564





HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento
Secretaria de Trabalho

Nome: *M. da Rosa de Souza*
unil

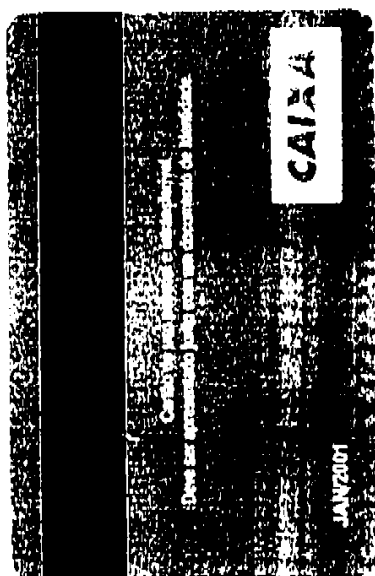
PROFESSOR *da Rosa*
unil
12-12 *unil*

unil

unil *03* *(1)* *unil*

unil





RECEBUEIRO





ESTADO DE PENANSA
SEGURANÇA
N.º 392

Maria das Graças de Sousa

Monsieur de Barros

Maria Alves de Sousa

Serra Talhada - PE

17/01/2020

28/05/2020

ÁREA DO REGISTRO

ÁREA DO REGISTRO

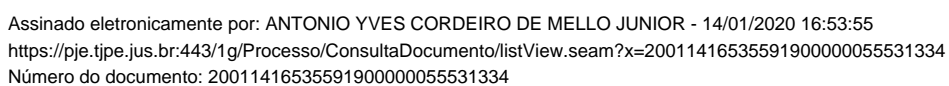
DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO



104-106-108



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180214069

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA

Data do acidente: 03/11/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE, EVOLUIU COM SEQUELAS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / TORNOZELO DIREITO: 50% DE 25%

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes a seguir transcritos:

1. Outorgante Maria de Fátima de Souza
portadora do documento de identidade nº 2.039.990, expedido por SP/PE em
18/05/2019 inscrito no CPF sob o nº 2.311.231-1, residente na
Rua Gomes de Menezes nº 110
complemento Serra Bairro IPSEP Estado PE
Serra Talhada

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portadora do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE
29 05 2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo nº 110
complemento Casa Bairro IPSEP Estado PE
Serra Talhada

Amplas poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na implementação e conclusão dos processos, taxas e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para o preenchimento e encaminhamento do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Outorgante: X Maria de Fátima de Souza

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANTÔNIO DE MELLO JUNIOR
Telefone: (87) 3311-0000
Preenchimento e Firma por Autorização de Assinatura
GRUPO DE NOVA. Dou Fátima de Souza
() da verdade. () Negativa de Verdade
Titular: () Maria Lúcia de Souza - CPF nº 000.000.000-00
- Nº 3.19 - TNR - 10/05/2019 - 10/05/2019
Selo: 0074H72 XPV04201801 10/05/2019 10/05/2019
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sistema/autenticar



Procuração

[illegible]

1. *Contingente* = $\frac{1}{2} \frac{d\pi}{d\gamma} = \frac{1}{2} \frac{d\pi}{d\gamma} \frac{d\gamma}{d\gamma}$ (h. $\frac{d\gamma}{d\gamma} = 1$)

[illegible]

to the fact that the H^+ concentration is not constant in the whole range of the pH scale.

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agaricus bisporus* spores on the growth of *Agaricus bisporus* and *Agaricus bisporus* spores on the growth of *Agaricus bisporus*.

[illegible]
$$C_{\text{total}} = C_{\text{solid}} + C_{\text{liquid}} = C_{\text{solid}} \left(1 + \frac{C_{\text{liquid}}}{C_{\text{solid}}} \right) = C_{\text{solid}} (1 + K_D) \quad (2)$$

continued. Baruch Abrahamson, a leading pro-

[illegible]

29-05-2001 10:06 AM 781 051.394 7.14-2%

Rua Francisco Olavo

COURT REPORTERS ASSOCIATION OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

Serra Talhada, Pernambuco, Brasil

Amplios poderes para el control de la información – El Poder Judicial de la Federación tiene facultades para obligar a las autoridades federales y estatales a proporcionar información pública, así como a las empresas de servicios públicos y a las compañías de seguros. Obligatorio el DPVAT – El Poder Judicial de la Federación tiene facultades para obligar a las compañías de seguros a pagar el DPVAT.

~~Caterpillar~~ X Maria Wassenaar in London

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERENIDADE . 9

TITOLAR REGULATING ANTI-4-1

Telefon (07) 30311-114

Reconheço a Firma por Assinatura data de 14/05/2011

LIÇÕES DE MÚSICA Dou. Fe. Maria de Jesus - 12.00

() da vjerlatu.

Titular () Maria Luiza de Souza

6-9	1-12	TIME	165	0	96	FFR	110	140	160
-----	------	------	-----	---	----	-----	-----	-----	-----

Source: <http://www.fishbase.org>. Accessed 10/10/2011.

File# 1074072.XP204201001,02/06/2004/2010 A: R2/2
Consulte submittal date on www.irs.gov

10/11/2011 10:11:11 AM

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

11/11

icamento por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

s.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20

documento: 300114165355010000000055531334

mento: 20011416535591900000055531334

Arquivo da Silva
Arquivo do Professor

140



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180214069**

Vítima: **MARIA DAS GRACAS DE SOUZA**

Data do Acidente: **03/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180214069**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12795118

Pag. 00233/00234 - carta_01 - INVALIDEZ

00020117



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DE SOUZA**
Nº Sinistro: **3180214069**
Vítima: **MARIA DAS GRACAS DE SOUZA**
Data do Acidente: **03/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180214069**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00449/00450 - carta_03 - INVALIDEZ

00050225



Carta nº 12798/34



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12937777

A/C: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180214069
Vítima: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: MARIA DAS GRACAS DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000058215-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01485/01486 - carta_15R - INVALIDEZ

00010743



**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Polynomial complexity of a volume

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Reflections of the

Declaro, sob as penas da lei e para fim de prova de residência junto a Seguradora Unides (DIPVAT), receber no endereço acima, sempre em nome, a cópia do comprovante de residência do e/da(s) informado(s).

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

At RMA BL RS 10 000 000

CONTA CORRENTE (de la 1.ª a la 4.ª columna)

CONIA

$$\log_{10} \left(\frac{1}{1 - \frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} \right)^{2n}} \right) \approx 0.30103 \log_{10} 2 \approx 0.150515$$

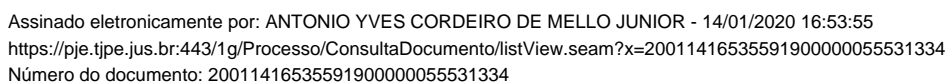
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, outorgo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor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

C. helmsii de C. Helms — de *C. helmsii*

Stampa e Abbonamento da Registrare

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.

© MATH. CHINESE ACADEMY, 2002.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 271106 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do sinistro ou Aôd

(Preencha Vítima)

Nome completo do(a) vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Cidade

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, segundo comprova a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO

SEU REND

ATÉ R\$ 1.000,00

DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

DE R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

DE R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 7.000,00

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados - A cada qualificação)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BRADENCO (247)

BANCO DO BRASIL (04)

CITICREDIT

BANCO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

(Informe a agência e a conta)

(Informe a agência e a conta)

(Informe a agência e a conta)

(Informe a agência e a conta)

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

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LIDER 001-V001-2012





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/17

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: **3180214069** CPF da Vítima: **239.198.844.34** Nome completo da vítima: **Stacia dos Graças de Souza**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Stacia dos Graças de Souza			CPF titular da conta	239.198.844.34	Profissão	Agricultora
Endereço	R. João Gomes Lucena			Número	2963	Complemento	CASA
Bairro	Bomba	Cidade	Serra Talhada	Estado	PE	CEP	56900-000
Email						Telefone (DDD)	9634-4907

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLAMO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NÚC.	DIV.	CONTA NÚC.	DIV.
0914		58215	9
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO		NÚC.	
AGÊNCIA NÚC.	DIV.	CONTA NÚC.	DIV.
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

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

S. Talhada 25 de 05 de 2018

Local e Data

X. Rosa de M. S. Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

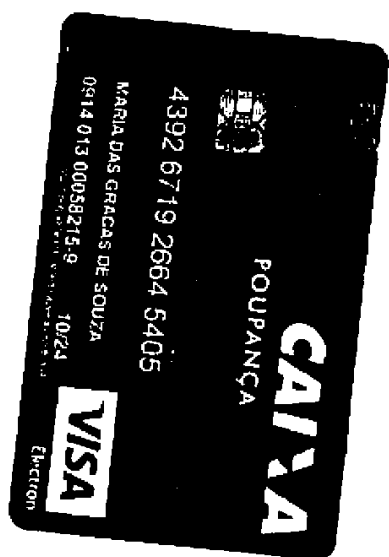
FAPPE.001 V001/2017

EXCELSIOR SEGUROS

26 MAI 2018

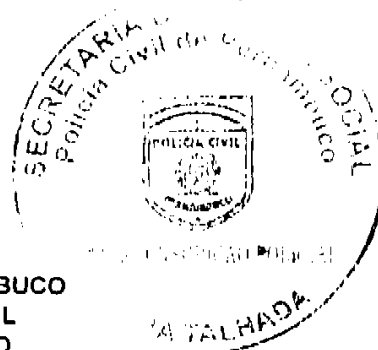
SEU 2018





EXCELSIOR SEGUROS
24 MAI 2019
SEGURO DPVAT





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. **17E0267004622**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2017** às **15:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/11/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço **RUA ALFREDO DOMINGOS, TANCREDO NEVES - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR (AGENTE)
MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO (OUTRO)
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO

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

MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe **ELIZA ALVES DE SOUZA** Pai **AFONSO NUNES DE BARROS** Data de Nascimento **17/7/1959** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2012322/SSP/PE (RG), 23919884434 (CPF)** Estado Civil **VIUVO(A)** Escolaridade **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA GROTOES, NESTE MUNICIPIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe **MARIA DAS GRAÇAS DE SOUSA PAIXAO** Pai **JOSE FERREIRA DA PAIXAO** Data de Nascimento **17/11/1990** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **08669977419 (CPF)** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Escolaridade **2º. GRAU COMPLETO** Profissão **ELETRICISTA**
Endereço Residencial **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA GROTOES, NESTE MUNICIPIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade **NAO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato -

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). **MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDQ6819** (PLRNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **106214576** Chassi: **9C2KD0810FR473637**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA DESTA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA E COMUNICOU QUE NO DIA E HORARIO JA ANOTADOS, TRAFEGAVA PELA PELA RUA ALFREDO DOMINGOS, NO BAGAGEIRO DA MOTOCICLETA CITADA ANTERIORMENTE, A QUAL ERA CONDUZIDA POR MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO (SEU FILHO), QUANDO AO PASSAR POR ALGUNS BURACOS QUE HAVIAM, SEU FILHO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO OS DOIS A CAIR. QUE SEU FILHO SOMENTE TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÃO, ENQUANTO QUE A VITIMA DEPOIS DE ALGUNS EXAMES, FOI CONSTATADO TER FRATURADO O TORNOZELO DIREITO, TENDO QUE SE SUBMETER A INTERVENÇÃO CIRURGICA.

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

Maria das Graças de Souza
MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA
(VITIMA)

MAYCON DOUGLAS SOUSA DA PAIXAO
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE LOPES SOBRINHO** - Matrícula: **3848094**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221204 ou 0900 0221206) exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deve assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da vítima

Nome completo da vítima

CPF da vítima

CPF da vítima

Data do acidente

Data do acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Nome completo do Representante Legal

Nome completo do Representante Legal

CPF

CPF do Representante

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de perícia do Seguro DPVAT, ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, adito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter a perícia médica realizada pela Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão 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 a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DPVAT 2017





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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 05

Data e Hora: 02-11-19		Data Nasc.: 17-07-69	
Nome: Maria das Graças de Souza			
Mãe: Eliza Alves de Souza			
Profissão: doméstica	Sexo: F	Estado Civil: Viúva	Escolaridade:
Responsável: a mesma			
End. do Paciente: Fazenda Beliza			
Bairro: Rural	Município: STA. IPE	Fone: 9966-1602	
Cartão SUS:		Doc. Identidade: 2.012.322	
Raça Cor: <input type="checkbox"/> Preto <input checked="" type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena			
97622-9771			

Pressão Arterial: 120 x 80	Pulso:	Temperatura:	Peso:
----------------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de moto, dor e edema. Perna direita. Polidez da pele. Manchas de urticária, dor torácica esquerda.

Tratamento: Solicito Rx Tórax superior Perna Direita em AP e Perfil. Voltaren 75mg 2x1. 1/80. TB. Bts. 0. P. Enxerto de pele. Ortopedia. Med. p. Cont. Maria Adrie Perera de Sousa Tec. de Enfermagem COREN-PE 731228

Impressão Diagnóstica: Trauma M.L.D. Fratura m. do ant. D.
--

Destino do Paciente: Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/>
--

Removido para Hospital

Óbito às _____ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM: Dr. Cicero Simões de Lima Médico CRM 6755 / CPF: 127.368.974-00





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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 11:05 Nº 05

Data e Hora: 02-11-19		Data Nasc.: 17-07-69	
Nome: Maria das Graças de Souza			
Mãe: Eliza Alves de Souza			
Profissão: doméstica	Sexo: F	Estado Civil: Viúva	Escolaridade:
Responsável: a mesma			
End. do Paciente: Fazenda Beliza			
Bairro: Rural	Município: STA. IPE	Fone: 9966-1602	
Cartão SUS:		Doc. Identidade: 2.012.322	
Raça Cor: <input type="checkbox"/> Preto <input checked="" type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena			
97622-9771			

Pressão Arterial: 120 x 80	Pulso:	Temperatura:	Peso:
----------------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico: Paciente sofreu queda de moto, dor e edema. Pernas direitas. Polidez da pele. Manchas de urticária, dor torácica esquerda.

Tratamento: Solicito Rx Tórax superior, Perna Direita em AP e Perfil. Voltaren 75mg - 2x1. 1/80. TB. Bts. 0. P. Enxerto de pele. Ortopedia. Med. p. Cont. Maria Adrie Perera de Sousa, Tec. de Enfermagem, COREN-PE 731.228

Impressão Diagnóstica: Trauma M.L.D. Fratura m. d. lateral D.

Destino do Paciente: Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital
Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM: Dr. Cicero Simões de Lima, Médico, CRM 6755 / CPF: 127.368.974-00

