



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 072ª CIRCUNSCRIÇÃO - BARREIROS - DP72ªCIRC  
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0162000722**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/07/2017** às **10:39**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **7/5/2017** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA CORÓIA GRANDE, 01, ENTRADA DO ENGENHO MANGUNHOS - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DA CORÓIA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)  
SOLANGE MARIA DE SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**SOLANGE MARIA DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DAS DORES DE SANTANA** Data de Nascimento: **14/1/1977** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA CORÓIA GRANDE, 01, ENGENHO TENTUGAL - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DA CORÓIA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

**ONIBUS (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

**INFORMA A VÍTIMA QUE ESTARIA TRAFEGANDO EM VIA PÚBLICA QUANDO UM VEÍCULO VEIO A COLIDIR COM ELA LHE CAUSANDO ALGUMAS LESÕES. POSTERIONMENTE A VÍTIMA FOI LEVADA AO HOSPITAL**



LOCAL SEGUNDO FICHA DE ATENDIMENTO DE HOSPITAL TENDO EM SEGUIDA SIDO ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA NA CIDADE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO , SENDO ASSIM NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO NO MOMENTO.

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

  
SOLANGEIA DE SANTANA  
(VITIMA)



Botão de Ocorrência

Yours truly





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 072ª CIRCUNSCRIÇÃO - BARREIROS - DP72ªCIRC  
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0162000280**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2019** às **09:46**

Complementa o BO Número: **17E0162000722**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **7/5/2017** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 1, ENTRADA DO ENGENHO MANGUINHOS** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
SOLANGE MARIA DE SANTANA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**SOLANGE MARIA DE SANTANA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS DORES DE SANTANA** Data de Nascimento: **14/1/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 1, ENGENHO TENTUGAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**ONIBUS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE ESTARIA TRAFEGANDO EM VIA PUBLICA QUANDO UM VEICULO VEIO A COLIDIR COM ELA LHE CAUSANDO ALGUMAS LESÕES, POSTERIORMENTE A VITIMA FOI LEVADA AO HOSPITAL**

11/03/2019 09:3

Assinado eletronicamente por: JEIMISON JOSE NERI DE LYRA - 21/05/2019 17:50:04

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052117500453500000044776176>

Número do documento: 19052117500453500000044776176

Num. 45464845 - Pág. 1



**LOCAL SEGUNDO FICHA DE ATENDIMENTO DE HOSPITAL TENDO EM SEGUIDA SIDO ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA NA CIDADE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO , SENDO ASSIM NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO NO MOMENTO.**

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

**SOLANGE MARIA DE SANTANA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **OZEIAS IDALINO DA SILVA** - Matrícula: **319831-6**



**República Federativa do Brasil**

**REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS**  
**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:  
**SOLANGE MARIA DE SANTANA**

NATRICULA:  
**0753250255 1982 1 00004 211 0003899 25**

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO:  
 Quatorze de janeiro de mil novecentos e setenta e seis

DIA: **14** MÊS: **01** ANO: **1977**

LOCAL DE NASCIMENTO:  
**SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE, PERNAMBUCO**

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO:  
**São José da Coroa Grande, Pernambuco**

LOCAL DE NASCIMENTO:  
**em sua residência**

SEXO:  
**feminino**

PAI:  
**MANOEL JOAQUIM DE SANTANA**

MÃE:  
**MARIA DAS DORES DE SANTANA**

AVÓS:  
 Paternos: **Domínguez Maria de Conceição**  
 Maternos: **Antônio de Oliveira Silva**  
**Antônio Francisco de Lima**

DEMED:  
**089**

NOME E NATRICULA DOS GÊMEOS:  
**Não tem**

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO:  
 Vinte e dois de maio de mil novecentos e oitenta e dois

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO:  
**não consta**

OBSERVAÇÃO: CONFORME ALE  
 COMETA, A MARGEM DO TERMO, UMA AVERBAÇÃO REFERENTE A INTERDIÇÃO DA REGISTRADA  
 SENDO-RE NOMEADA CIDADORA A SENHORA ANA CRISTINA DE SANTANA, CONFORME  
 SENTENÇA PROLATADA NO DIA 07 DE JANEIRO DE 2010, PELO DOUTOR ROGÉRIO LINS E SILVA,  
 JUIZ DE DIREITO, EM EXERCÍCIO CUMULATIVO NESTA COMARCA E MANDADO DE AVERBAÇÃO  
 EXPEDIDO POR ESSE JUIZ, NO DIA 26 DE FEVEREIRO DESTE ANO EM CURSO, DOU FE.

Assinatura do Oficial:  
**Márcia de Cordeiro Barbosa Jôze**  
 Oficial de Registro Civil

**Estado de Pernambuco**





Número do documento: 19052117500491300000044776177



E. TENTUGAL 1901

CPF 040.735.724-86 NIS 21213370780

ENGENHO TENTUGAL/SÃO JOSÉ DA COROA  
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE PE  
55585-000

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

CONTA CONTRATO 2448887017 MES/ANO 08/2017

|                   |       |            |
|-------------------|-------|------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMIÇÃO     |
| 00000758          | UNICA | 09/09/2017 |

|                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PRÓXIMA LETITURA |
| 15/08/2017         | 08/09/2017                     |

|              |               |            |
|--------------|---------------|------------|
| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INST |
| 08/08/2017   | 2002214530    | 358142     |

TOTAL A PAGAR (R\$) 97,03

|                                                | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                       | 30 00000000 | 0,22351532  | 6,70        |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh        | 70 00000000 | 0,36518627  | 25,56       |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh       | 88 00000000 | 0,57477941  | 50,68       |
| Acrescimo Bandeira AMARELA                     |             |             | 38          |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA                    |             |             | 2           |
| Contribuição Iluminação Pública                |             |             | 20          |
| ICMS Substituição C.D.E. NF 000689341 07/06/17 |             |             | 1,00        |

TOTAL DA FATURA

97.03

| Nº DO<br>REGISTRO | TIPO DA<br>FUNÇÃO | ANTERIOR   |           | ATUAL      |           | Nº DE<br>DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|-------------------|-------------------|------------|-----------|------------|-----------|---------------|-----------|--------|---------------|
|                   |                   | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |               |           |        |               |
| MAC0241           | CA1               | 07/07/2017 | 14 324,00 | 08/08/2017 | 14 492,00 | 32            | 1,00000   |        | 168,00        |

[illegible]

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 As data de entrega e validade em vigor é a seguinte: mais informações em [www.emel.gov.br](http://www.emel.gov.br). O cliente é responsável quando a  
 instalação for realizada em locais de difícil acesso e/ou de difícil acesso. Pagamento em até 30 dias. Multa 2% (Dois  
 por cento) por dia de atraso. Juros de 10% (dez por cento) ao mês. Desconto por antecipação de 5% (cinco por cento).  
 Encargos de 10% (dez por cento) ao mês. Taxa de 10% (dez por cento) ao mês. Taxa de 10% (dez por cento) ao mês. Taxa de 10% (dez por cento) ao mês.  
 Encargos de 10% (dez por cento) ao mês. Taxa de 10% (dez por cento) ao mês. Taxa de 10% (dez por cento) ao mês. Taxa de 10% (dez por cento) ao mês.

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

| INFORMAÇÕES FINANCEIRAS DE 2017 - EMPREENHOS |                           |                  |                 |              | INFORMAÇÕES           |                    |      |
|----------------------------------------------|---------------------------|------------------|-----------------|--------------|-----------------------|--------------------|------|
| EMPRESAS                                     | VALOR APRESENTADO EM 2017 | LÍMITE REALIZADO | LÍMITE PROJEÇÃO | LÍMITE ANUAL | TENDÊNCIA NOMINAL (v) | TENDÊNCIA REAL (v) |      |
|                                              |                           |                  |                 |              |                       | 2017               | 2018 |
| 0,00                                         | 6,03                      | 12,06            | 24,12           | 230          | 202                   | 231                |      |
| 0,00                                         | 3,42                      | 6,85             | 13,70           |              |                       |                    |      |
| 0,00                                         | 3,54                      | 0,00             | 0,00            |              |                       |                    |      |

LÍMITE DIÁRIO: 12,22      BÚSQUEDA DE EXCESSOS DE USO DO SISTEMA DE CONTRATAÇÃO: Nº 23 - 2017

Limite D.C. (R) 12,22 BUSD - Valor da Provisão de Uso do Sistema de Contribuição = R\$ 26,46

|                |         |                    |                     |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
| 2446887017     | 08/2017 | 15/08/2017         | 97,03               |

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente

Banco 237-2 Agência 2118

Com o débito automático sua conta fica sempre em dia. Você pode solicitar o cancelamento do serviço a qualquer momento. Para mais informações ligue 116.







### DECLARAÇÃO DE ISENTO

Eu, Selange Maria de Santana brasileiro (a), (estado civil) solteira (profissão) \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº 7.489.700 e inscrito (a) no CPF/MF sob nº 083.411.564-66 declaro para os devidos fins não ter apresentado a Declaração de Imposto de Renda, por não atingir os parâmetros de obrigatoriedade.

Tal declaração é firmada nos termos da Lei 7.115/83 e sob as cominações legais.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 10, agosto de 20 17.

Selange Maria de Santana  
(Nome e assinatura)

ESCRITÓRIO J. A. LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES

**Unidade Recife-PE:** Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife – PE Fone: 081-30977735

**Unidade Barreiros-PE:** Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

**Unidade São Paulo – SP:** Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo – SP, 011-99873-6871



19052117500521500000044776179



## DECLARAÇÃO

Selange Maria de Santana, Braço  
Rua, Saltina, portador da Cédula de Identidade  
RG nº 7.489.700, inscrito no CPF/MF sob o número 083.411.564-66,  
residente e domiciliado na  
Argemiro Antunes, nº 101,  
Zona Rural, São José da Lagoa - PE, Fones:  
\_\_\_\_\_, declaro que não posso suportar as despesas processuais  
decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,  
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50,  
pobre no sentido legal da aceção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso  
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 10, agosto de 20 17.

Ana Cristina de Santana  
(Nome e assinatura)

ESCRITÓRIO J. A. LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES

**Unidade Recife-PE:** Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife – PE Fone: 081-30977735

**Unidade Barreiros-PE:** Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

**Unidade São Paulo – SP:** Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo – SP, 011-99873-6871





7 no/ido pelo Uam 0000012

**Governo Municipal**  
**São José**  
*da Coroa Grande*  
*Terra das Piscinas Naturais*

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**BOLETIM**  
**DE**  
**EMERGÊNCIA** 68

POSTO DE SAÚDE OSMÁRIO OMENÁ

Paciente Nome: Polana e Maria de Santana Nº Ocorrência: 07.05.11

Residência: Tortugal Telefone: \_\_\_\_\_

Responsável Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Condição: ☐ Segurado ☐ Esposa ☐ Filhos ☐ Outros

Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.

Nascimento: 34.03.77 Idade: 40a

Nacionalidade: ☐ Bras. ☐ Estrang. ☐ UF

Documento de Identidade: Número \_\_\_\_\_ O En \_\_\_\_\_

Paciente Chegou: ☐ Andando ☐ De Auto ☐ Ambulância ☐ Outros

Ambulância / Hora: Saída \_\_\_\_\_ Chegada \_\_\_\_\_

Acidente / Hora: Saída \_\_\_\_\_ Chegada \_\_\_\_\_

Atendimento: 19.09 Min. ☐ Acidente de Trabalho ☐ Caso Policial

Pressão Arterial: Max: 90 Min: 70

Pulso: \_\_\_\_\_

Temperatura: Axilar \_\_\_\_\_ Retal \_\_\_\_\_

Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Causa provável da lesão - queixa principal

Exame Físico - Sinais - Sintomas

Pol vítima de atropelamento, com fratura exposta de Tibia e fíbula E

20te. psiquiátrica

Tratamento: Hesp. Dr. Helder

Senha: 5163333

Notarista: Alcino

Técnico: Daniel

Destino dado ao paciente: ☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado: \_\_\_\_\_

Removido: \_\_\_\_\_

Obito às \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ Min. \_\_\_\_\_

do dia \_\_\_\_\_

Doença Concedida: \_\_\_\_\_ Dias

Encaminhada ao I.M.L. ☐

Assinatura: \_\_\_\_\_





**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**  
Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto  
**FICHA DE ATENDIMENTO**

Nº de ocorrência: **192**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Hora do chamado: <b>8:48</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 2. Chegada ao local: <b>8:54</b>                                                                                                                                                                                                                                      |  | 3. Chegada a U. Hospitalar: <b>9:02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 4. Saída da U. Hospitalar: <b>9:00</b>                                                                                                                                       |  |
| 5. Motivo/Solicitação: <b>Atendimento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 6. Data: <b>09/05/19</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                              |  |
| 7. Tipo de equipamento: <input type="checkbox"/> 1. USA <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. Helicóptero <input type="checkbox"/> 4. Moto <input type="checkbox"/> 5. VIR                                                                                                                                                   |  | 8. Origem do acionamento: <b>Populares</b>                                                                                                                                                                                                                            |  | 9. Médico regulador: <b>Procurador</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 10. Rádio Operador: <b>Yanessa</b>                                                                                                                                           |  |
| 11. Paciente: <b>Galange Maria da Santana</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 12. Solicitante: <b>Populares</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  | 13. Data de nascimento: <b>19/12/1977</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 14. Idade: <b>40 anos</b>                                                                                                                                                    |  |
| 15. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 2. Feminino                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 16. Nome da mãe: <b>Maria das Graças da Silva</b>                                                                                                                                                                                                                     |  | 17. Endereço do Paciente: <b>Rua da Igreja 124 Long. Testeigal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 18. Endereço: <b>Rua 25 - 60</b>                                                                                                                                             |  |
| 19. Nº: <b>500</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 20. Bairro: <b>B.R.</b>                                                                                                                                                                                                                                               |  | 21. Município: <b>São José do Rio Preto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 22. Referência:                                                                                                                                                              |  |
| 23. Local de ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio <input type="checkbox"/> 3. Trabalho                                                                                                                                                                                                        |  | 24. Ocorrência relacionada ao trabalho: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não                                                                                                                                                    |  | 25. Tipo de atendimento: <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa Externa <input type="checkbox"/> 3. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 4. Obstétrico <input type="checkbox"/> 5. Pediátrico <input type="checkbox"/> 6. Trote <input type="checkbox"/> 7. Cancelado/Removido antes <input type="checkbox"/> 8. Remoção/Senha: <b>Unidade Solicitante:</b> |  |                                                                                                                                                                              |  |
| 26. Tipo de vítima: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado                                                                                                                                              |  | 27. Meio de locomoção da vítima: <input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro                                                      |  | 28. Mecanismo do trauma: <input type="checkbox"/> 1. Capotamento <input type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                              |  |
| 29. Natureza do acidente: <input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abatimento <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/ou veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro |  | 30. Uso de capacete pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                    |  | 31. Uso de cinto pela vítima: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 32. Hábito alcoólico: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não                                                                             |  |
| 33. Intoxicação: <input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Exógeno <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 5. Outros                                                                                                                                        |  | 34. Queda: <input type="checkbox"/> 1. Própria Altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: <b>m</b>                                                                                                                                              |  | 35. Agressão: <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Suspeita de abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                              |  |
| 36. Queimadura: <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Choque elétrico <input type="checkbox"/> 4. QBRN-e:                                                                                                                                                                                           |  | 37. Vias aéreas: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída                                                                                                                                                                   |  | 38. Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Traquéia <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões <input type="checkbox"/> 6. Outros                                                                                                                           |  | 39. Circulação/pulso: <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input checked="" type="checkbox"/> 3. Chelo <input type="checkbox"/> 4. Fino |  |
| 40. Perfusão periférica: <input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 41. Saturação O <sub>2</sub> : <b>98%</b>                                                                                                                                                                                                                             |  | 42. Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Presença de sangramento                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                              |  |
| 43. Escala de CINCINATI: <input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Déficit de comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala                                                                                                                                                                                    |  | 44. Pupilas: <input type="checkbox"/> 1. Isocóricas <input type="checkbox"/> 2. Miose <input type="checkbox"/> 3. Midríase <input type="checkbox"/> 4. Anisocóricas <input type="checkbox"/> 5. Não Reagente                                                          |  | 45. Neurologia: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonoletência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                              |  |
| 46. Alergia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 47. Uso medicamento: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não                                                                                                                                                                       |  | 48. Alguma patologia: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 49. Oxigenioterapia: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não                                                                              |  |
| 50. Qual? <b>cloroformo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 51. Qual? <b>cloroformo</b>                                                                                                                                                                                                                                           |  | 52. Qual? <b>cloroformo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 53. Qual? <b>cloroformo</b>                                                                                                                                                  |  |
| 54. Escala de GLASGOW: SCORE1: <b>15</b> SCORE2: <b>15</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 55. Resposta verbal: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1) |  | 56. Resposta motora: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (6) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1)                                                                          |  | 57. Tipo: <b>110 80</b>                                                                                                                                                      |  |
| 58. Conduta: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input checked="" type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED                                                                                                                                              |  | 59. História clínica atual, evolução e conduta: <b>Pet, CCR, com antecedente de trauma de atropelamento com fraturas de fêmur e tibia e fíbula E, lesão em região temporal E do crânio</b>                                                                            |  | 60. Observações:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 61. Múltiplas vítimas ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                        |  |
| 62. Unidade de destino: <b>Unidade de Atendimento Móvel de Urgência</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 63. Médico que recebeu: <b>GILBERTO COSTA CRM 4503</b>                                                                                                                                                                                                                |  | 64. Equipe: <b>Enfermeiro: <b>Diagnóstico</b> Ass: <b>Conselho: <b>110 80</b></b></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 65. Nº de vítimas: <b>1</b>                                                                                                                                                  |  |
| 66. Condutor/Piloto: <b>William</b> Responsável pelo preenchimento: <b>Diagnóstico</b> Ass: <b>Conselho: <b>110 80</b></b>                                                                                                                                                                                                                                    |  | 67. Solicitou apoio da UTI: ( ) Sim ( ) Não Obs: <b>Redirecionamento: ( ) Sim ( ) Não Causa: <b>Destino: <b>Unidade de Atendimento Móvel de Urgência</b></b></b>                                                                                                      |  | 68. RG: <b>110 80</b> Data: <b>11/05/19</b> Testemunha: <b>110 80</b> Data: <b>11/05/19</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 69. Cenário: <b>110 80</b>                                                                                                                                                   |  |
| 69. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Ass: <b>110 80</b> Data: <b>11/05/19</b> Testemunha: <b>110 80</b> Data: <b>11/05/19</b>                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                              |  |
| 70. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: <b>110 80</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                              |  |

700 6059 5434 8265 RG 7.489.700





## Fisioterapia

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente: 83945

**SOLANGE MARIA DE SANTANA**

Solicito Fisioterapia motora

Indicação clínica:

**FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA**

Nº vinte (20) sessões

Cabo de Santo Agostinho, 20 de maio de 2017

DR. FRANCISCO FERREIRA JÚNIOR  
CRM PE 23424

## Atestado Médico

**Paciente SOLANGE MARIA DE SANTANA**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 07/05/2017.

Necessitando de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 20 de maio de 2017.

DR. FRANCISCO FERREIRA JÚNIOR  
CRM PE 23424

A Resolução nº 1.659/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas



Secretaria  
de Saúde



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



IMIP  
HOSPITALAR

## Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: SOLANGE MARIA DE SANTANA

REGISTRO: 93724

DATA ADMISSÃO: 07/05/2017

DATA ALTA: 20/05/2017

### 1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

### 2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

REDUÇÃO + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO

### 3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

### 4) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO CARGA ZERO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DAS ARTICULAÇÕES

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTÓPEDIA EM 02 SEMANAS

### Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim ( X ) Data da Consulta: \_\_\_ / \_\_\_ / 2015

Não ( )

### Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de  
retorno ambulatorial no HDH.





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE  
SAÚDE  
VOCÊ ENCONTRA AQUI

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

### LAUDO

A paciente: Solange Maria de Santana,  
com 41 anos, foi vítima de atropelamento a 2 anos, sofrendo fratura de tíbia e fíbula Esquerda.

Foi metida com imobilização usual.  
No momento a paciente está consolida-

dada.  
Restando como sequelas, pequena  
obrigatoriedade de usar a perna esquerda  
e discreta dificuldade de deambular.

Tuntunã

Francisco das Chagas Pereira de Melo  
Médico  
CREMEPE 9939

CRM/CRO/CORÊN

10, 4, 2019

DATA



## SINISTRO 3180303251 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** SOLANGE MARIA DE SANTANA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** SOLANGE MARIA DE SANTANA

**CPF/CNPJ:** 08341156466

**Posição em 10-05-2019 12:33:21**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.  
O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 08/05/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |





(PROCURAÇÃO EXCLUSIVA PARA INTERPOR AÇÃO PLEITEANDO DIFERENÇA DO (OU)  
O SEGURO DPVAT)

**INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO**  
**"AD JUDICIA"**

Selange Maria de Santana, Brasileira,  
Solteira, portador da Cédula de Identidade RG nº  
7.489.700, inscrito no CPF/MF sob o número 083.403.564-66, residente e  
domiciliado(a) na Engenho Português,  
nº 101, Zona Rural, São José do Egito - PE, Fones:  
\_\_\_\_\_, pelo presente instrumento particular, nomeia e constitui seus bastantes  
procuradores a Dra. **MARIA ANDREZA DE LIMA VASCONCELOS SILVA**, casada, advogada,  
inscrito no CPF, sob o nº 060.885.094-22, e na OAB-PE sob o nº 30.619, e o Dr. **JEIMISON**  
**JOSÉ NERI DE LYRA**, casado, advogado, inscrito no CPF, sob o nº 049.520.594-05, e na  
OAB-PE sob o nº 27.340, ambos com escritório profissional à Rua João Batista de  
Vasconcelos, nº 111, Centro, Barreiros, Estado de Pernambuco, CEP: 55560-000, a qual  
outorga e confere os poderes da cláusula "ad judicium" para o foro em geral, bem como  
acordar, assinar, discordar, desistir, transigir, renunciar, dar quitação e receber, podendo, dito  
outorgado, para tanto, tudo requerer e assinar, enfim, praticar todos os demais atos  
necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, inclusive, substabelecer os  
poderes ora conferidos.

**CONTRATOS DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

O(A) Outorgante de logo autoriza a M.M Juiz (a), a reter a titular de honorários  
advocatícios em favor de seus patronos, o percentual de 30% sobre o valor bruto da  
condenação ou conciliação que vier a ser realizada sem os descontos de Imposto de Renda e  
INSS, uma vez que estes são devidos pelo outorgante e não pelos patronos na Ação onde os  
Outorgados são seus advogados supra citados, conforme estabelece o artigo 22 da Lei 8.609-  
94, c/c art. 133 da CF e ainda art. 20 do CPC.

Barreiros, 10, agosto de 2017

Maria Celestina de Santana

(nome completo - assinatura)

**ESCRITÓRIO J.A. LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES**

**Unidade Recife-PE:** Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife – PE Fone: 081-30977735

**Unidade Barreiros-PE:** Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

**Unidade São Paulo – SP:** Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo – SP, 011-99873-6871









MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

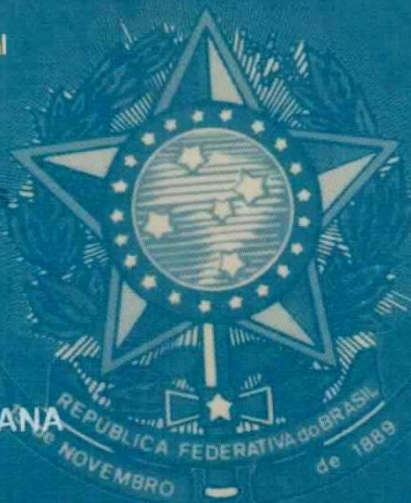
Número de Inscrição

**040.735.724-66**

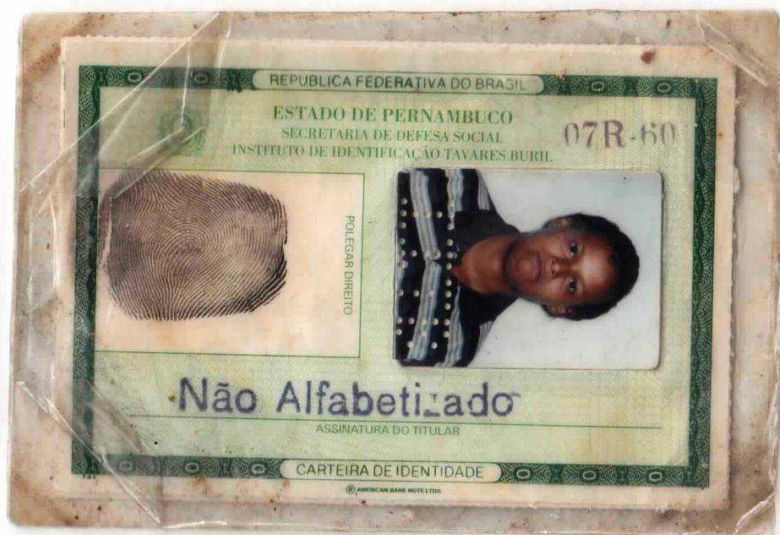
**ANA CRISTINA DE SANTANA**

Nascimento

**13/03/1974**











MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**083.411.564-66**

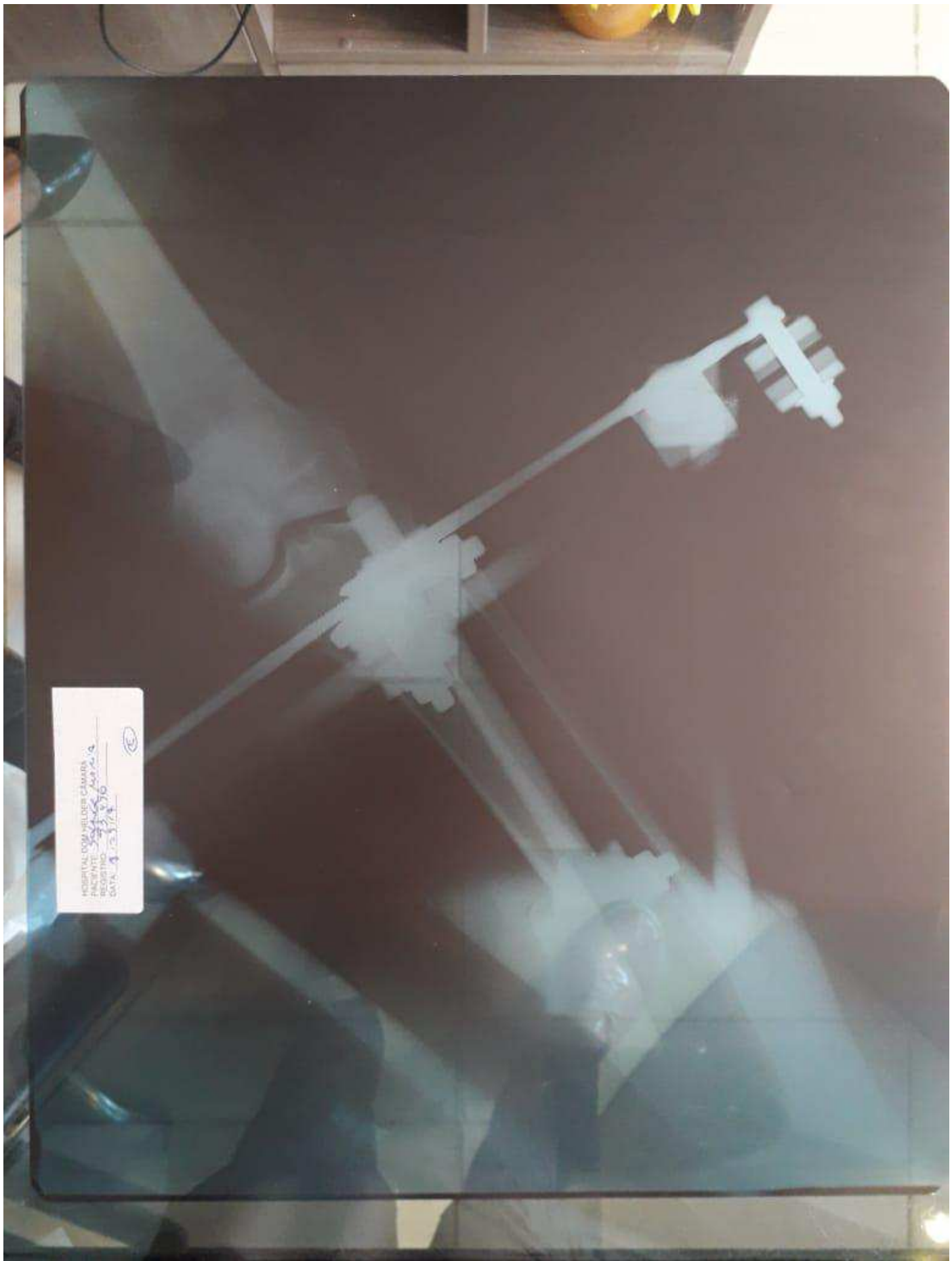
Nome

**SOLANGE MARIA DE SANTANA**

Nascimento

**14/01/1977**



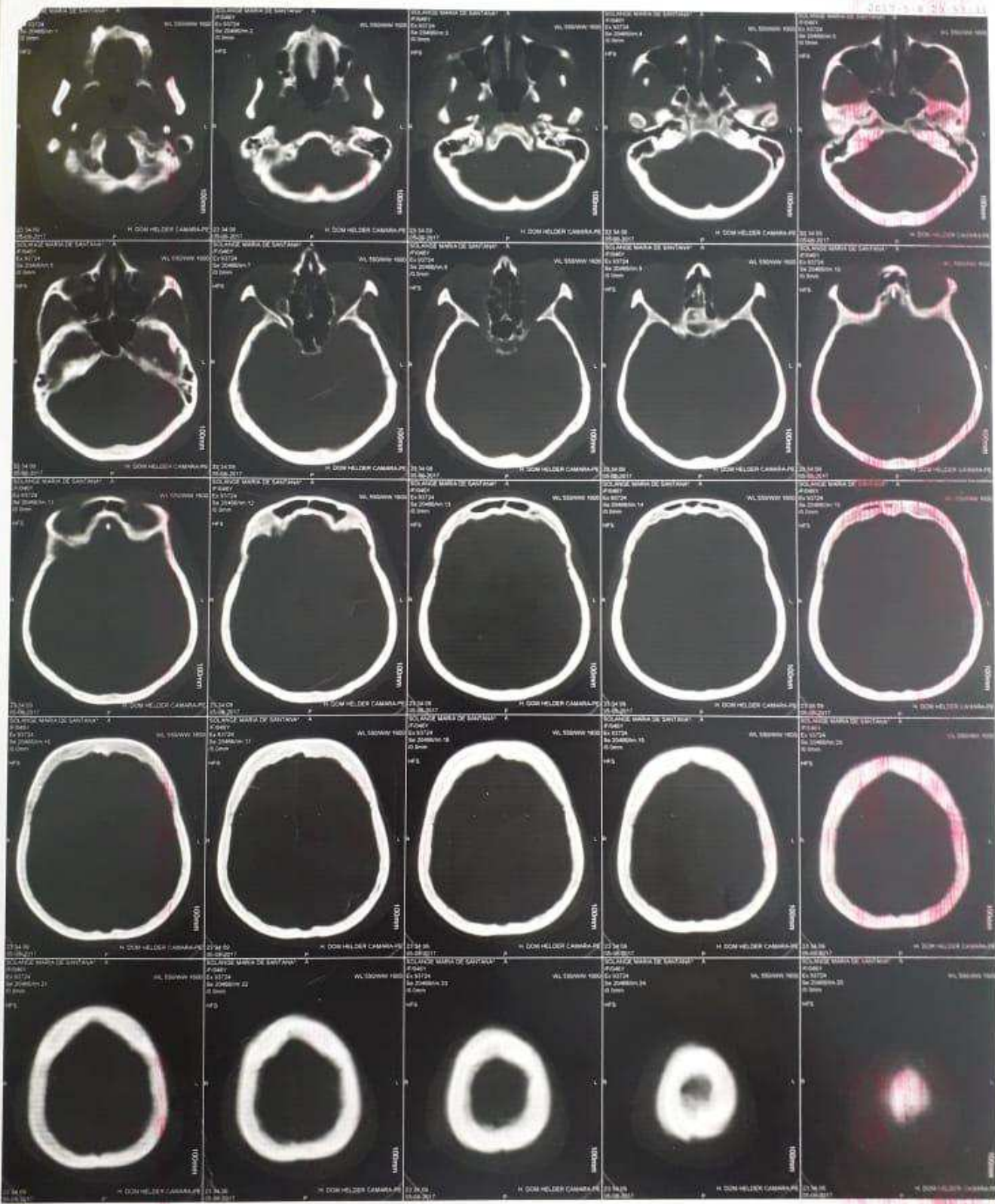




HOSPITAL DEBILITACIONAL  
PACIENTE JOSE NERI DE LYRA  
RESIDENTE JOSE NERI DE LYRA  
DATA 21/05/19



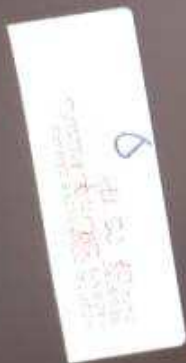






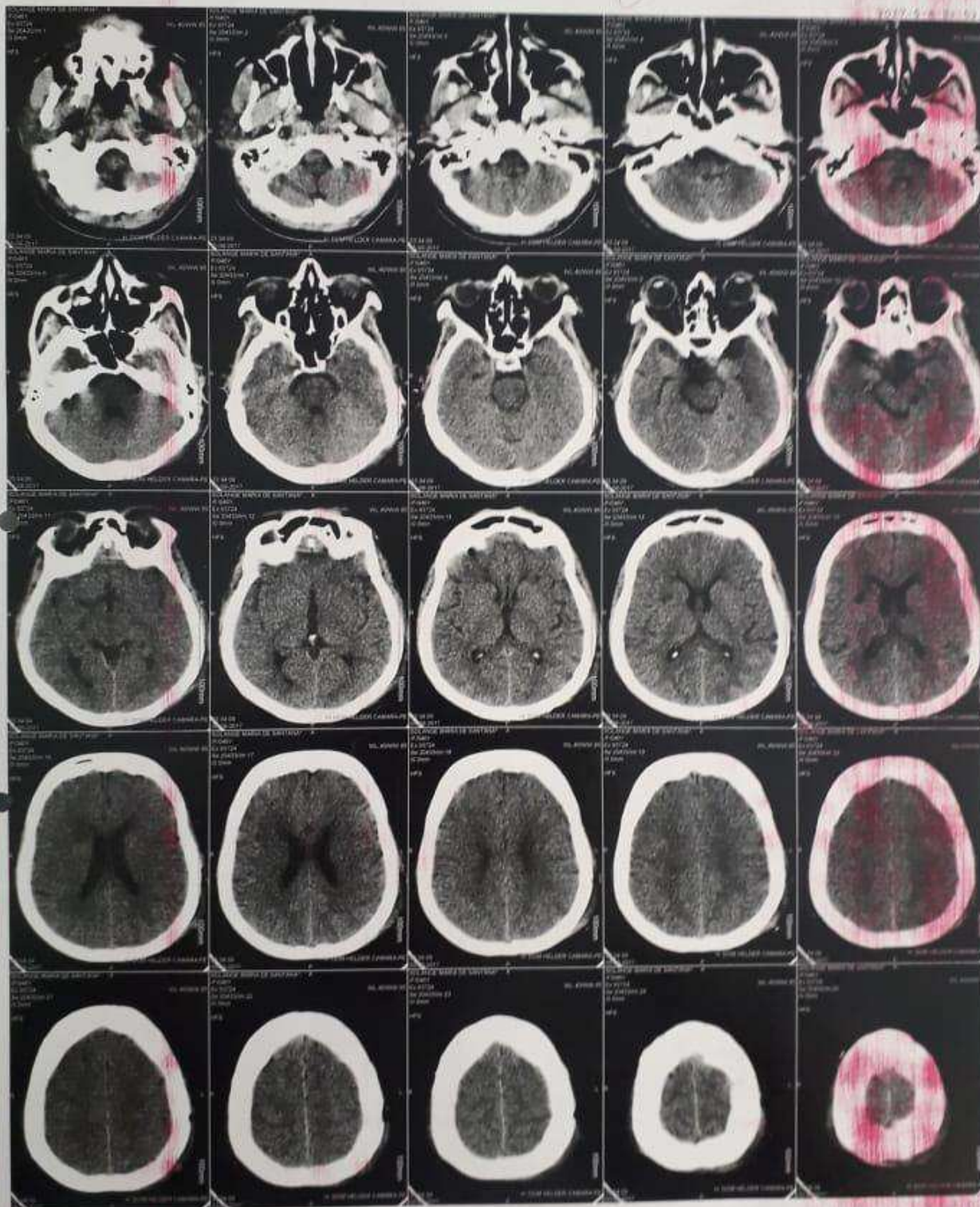






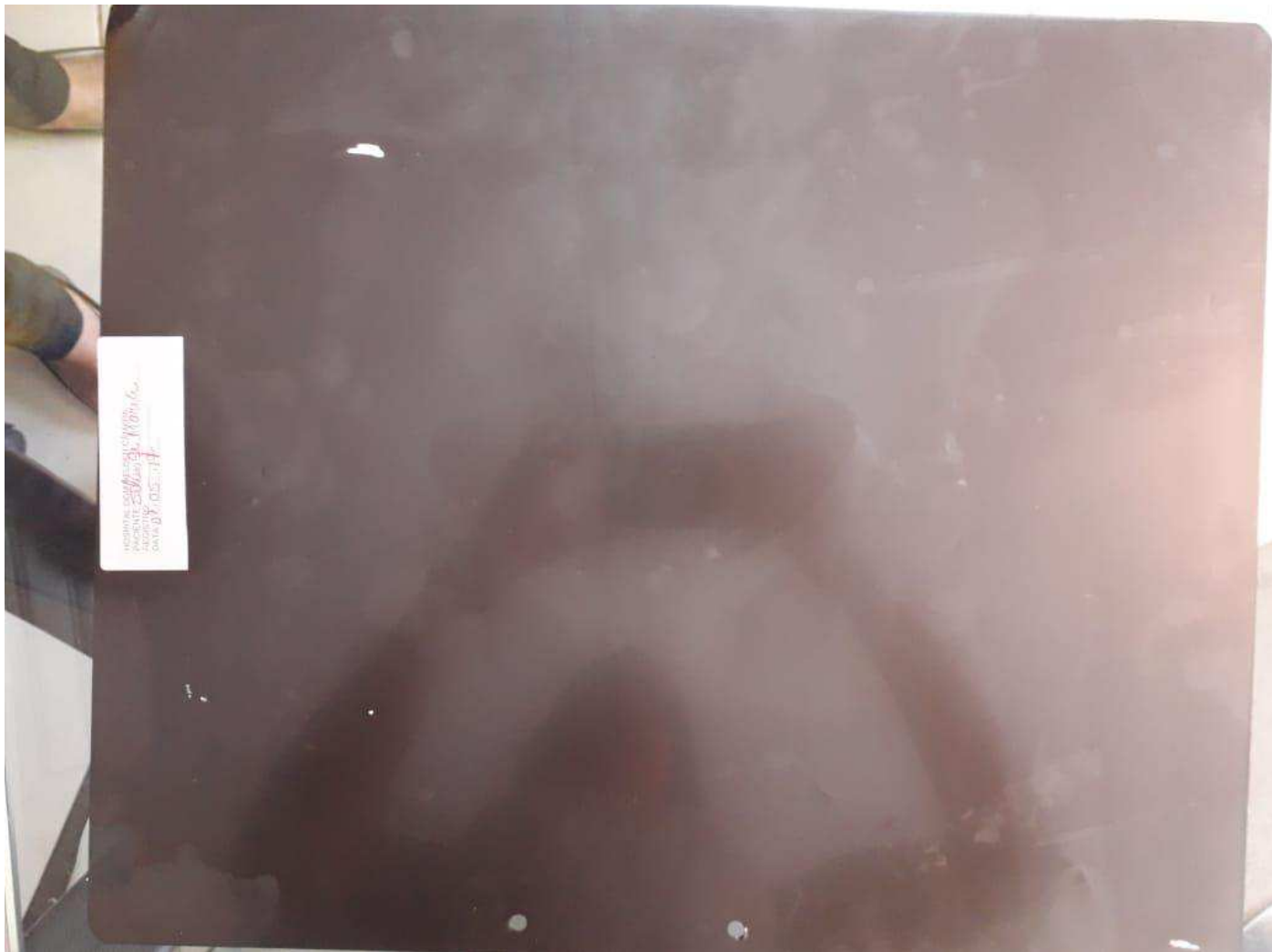






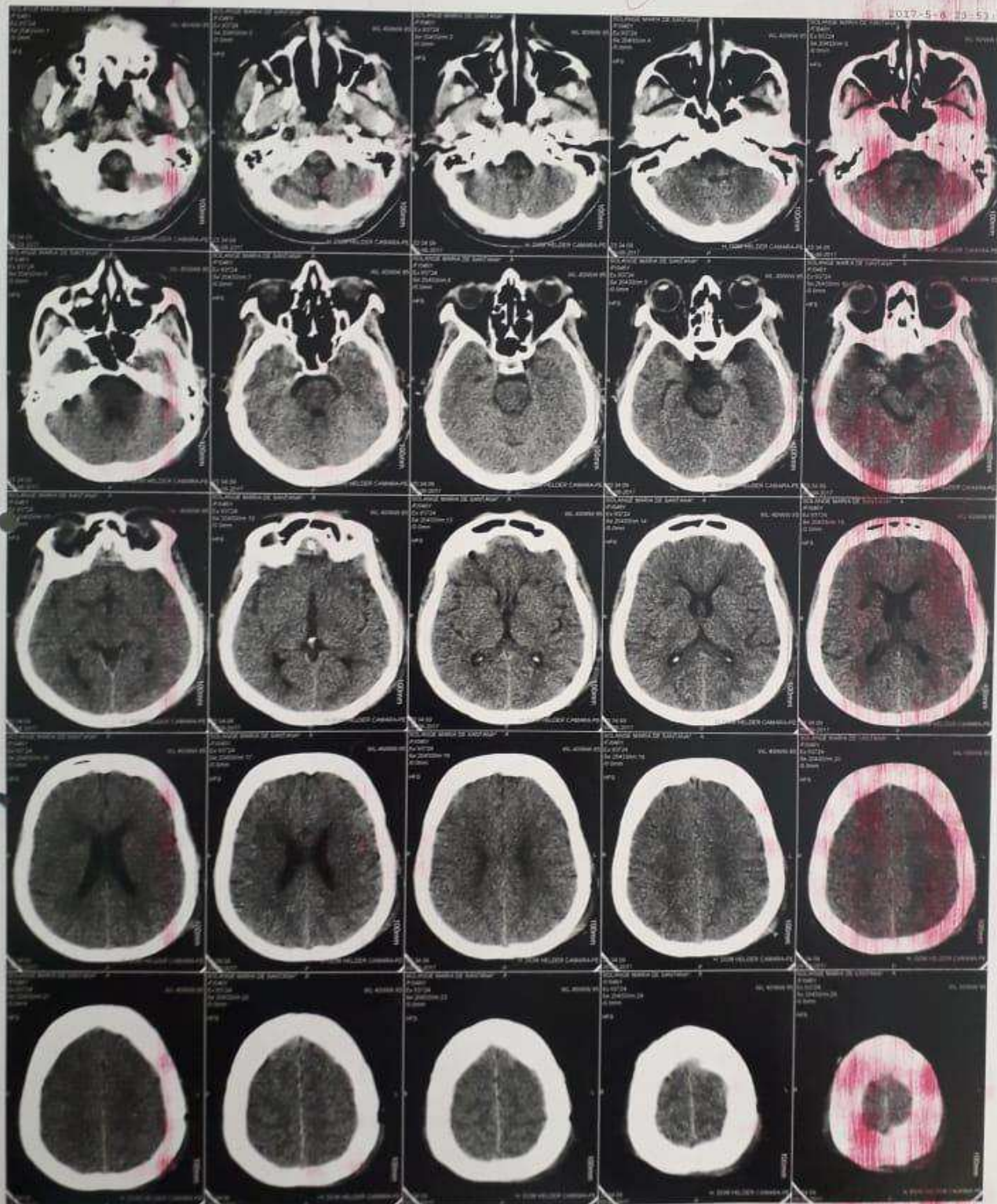




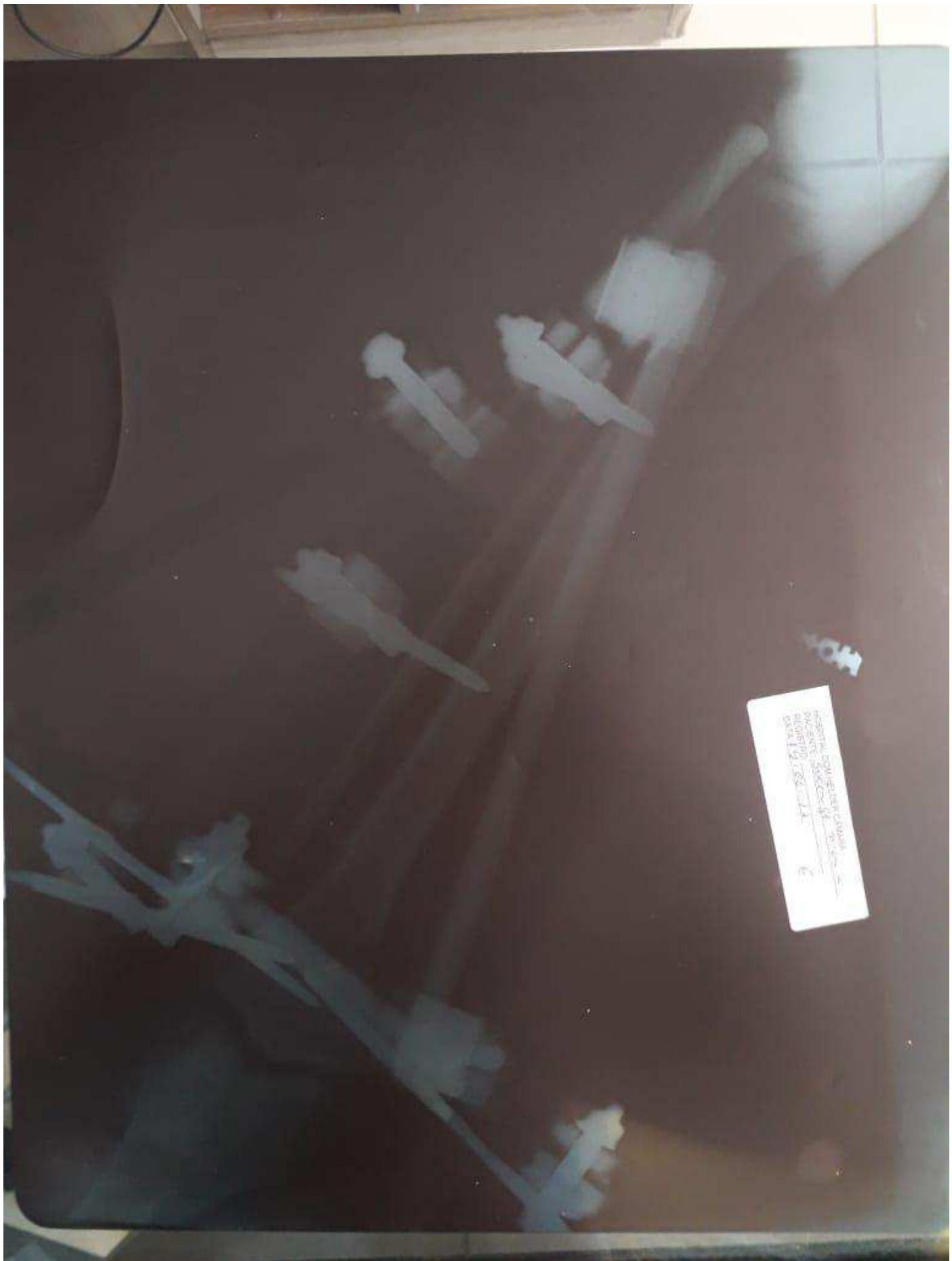




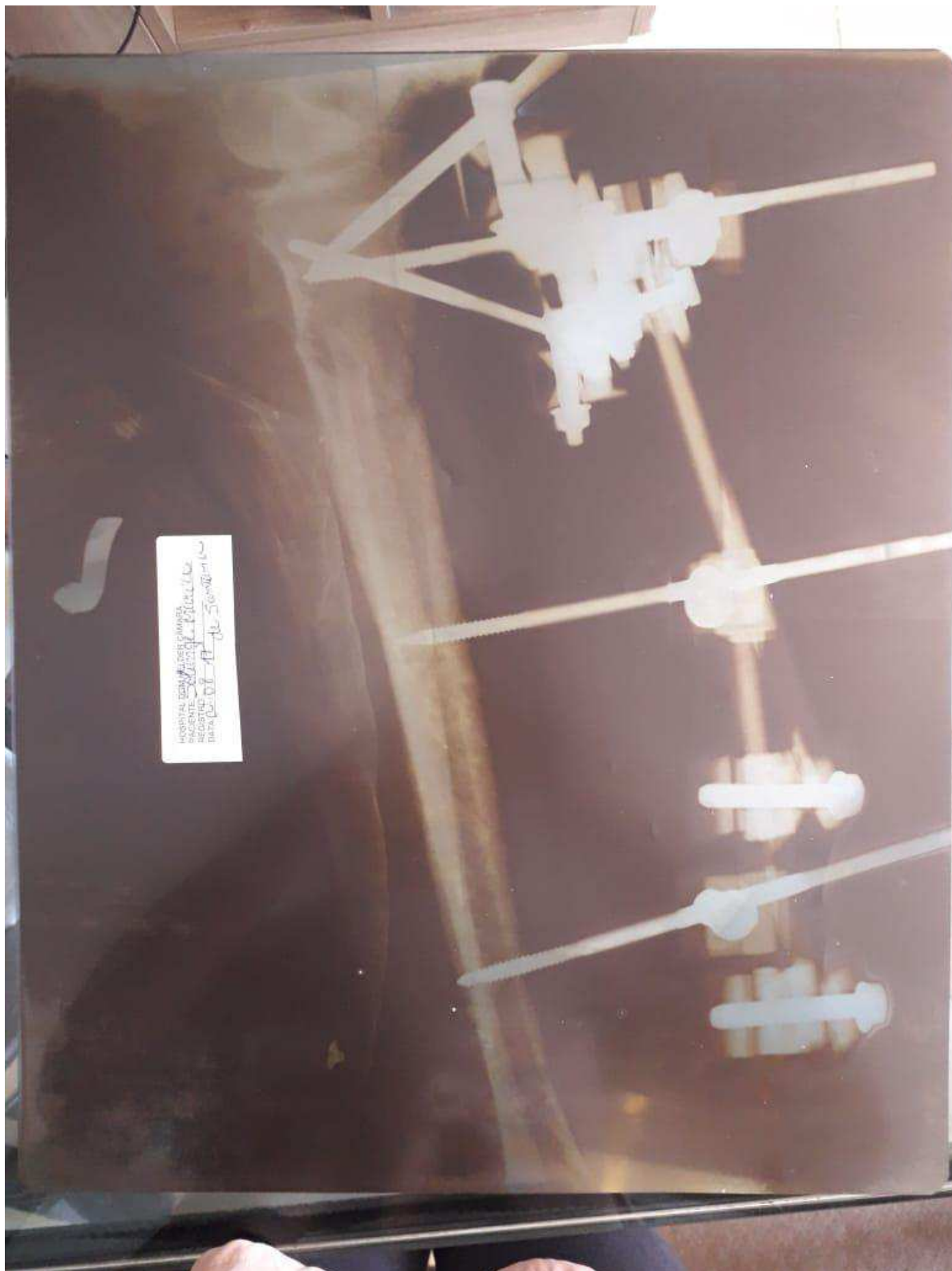














PROBANTE DO  
Assinado por  
Data  
Assinado por  
10-07-19









Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Vara Única da Comarca de São José da Coroa Grande**

Rua Inaldo Morais Acioli, S/N, Centro, S JOSÉ C GRANDE - PE - CEP: 55565-000 - F:(81) 36882916

Processo nº **0000133-64.2019.8.17.3320**

AUTOR: SOLANGE MARIA DE SANTANA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT, TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A.

**DESPACHO**

1. Cuida-se de pedido cobrança de DPVAT, em decorrência de acidente de veículo.

2. Designo o dia 03.09.2019, às 08h00min., para a realização da audiência de conciliação prevista no artigo 334, do CPC, a ser realizada neste fórum, na sala de audiências, sob a presidência de mediador conciliador, com capacitação para esse fim.

3. Determino, ainda, para fins de viabilizar a autocomposição, conforme autoriza o art. 381, II do CPC/15, a produção antecipada de provas, determinando a realização de perícia médica para verificação do grau de invalidez alegado, a ser realizado na data mais conveniente ao médico perito. Agende-se. Intimem-se.

4. Deverão comparecer o periciando e os advogados que desejarem acompanhar a produção da prova pericial, facultando-se, ainda, às partes, fazerem-se acompanhar por assistentes técnicos.

5. Destarte, nomeio perito do juízo o médico **IÊDO COELHO LIMA (CRM-PE 9270)**, o qual deverá ser intimado da nomeação, no endereço cadastrado.

6. Arbitro honorários periciais em **R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)**, ônus do Demandado, em conformidade com o Ofício DPVAT/JUR, 5832015, ficando a ré, desde já intimada para a realização do depósito dos honorários periciais no prazo de 15 (quinze) dias, após a efetiva realização da perícia.

7. Cite-se a Demandada dos termos da ação proposta, intimando-a para comparecer à audiência, cientificando-a da data e horário da realização da prova pericial, assim como de que poderá apresentar defesa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da audiência de conciliação (art. 335, inciso I, do CPC), com advertências do artigo 344, do CPC, bem como.



8. Advirtam-se as partes de que o não comparecimento injustificado à audiência ora designada é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento do valor da causa, conforme previsão do artigo 334, § 8º, do CPC.

9. Intime-se o Autor, por carta com Aviso de Recebimento, para submeter-se à perícia médica e comparecer à audiência, bem como seu advogado, este por intimação eletrônica via sistema PJE, do inteiro teor das determinações constantes neste despacho, destacando-se o horário de início da realização da perícia e o horário da audiência de conciliação. Intime-se também o perito, por carta com Aviso de Recebimento, para realizar a perícia médica.

São José da Coroa Grande/PE, 17.06.2019.

**Diego Vieira de Lima**

**Juiz de Direito em exercício cumulativo**



Petição em PDF





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DA COMARCA DE SÃO JOSÉ  
DA COROA GRANDE PERNAMBUCO**

**Processo nº 0000133-64.2019.8.17.3320**

**SOLANGE MARIA DE SANTANA**, devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem perante Vossa Excelência, **REQUERER** a dispensa do advogado da audiência de Conciliação, tendo em vista, que os advogados outorgados possuem viagem agendada entre o dia 30/08/2018 a 13/09/2019, estando incluído esse dia, conforme comprovante anexo.

**Ressalte-se que na oportunidade iremos mandar um preposto do Escritório para acompanhar a Parte autora na audiência de Conciliação e perícia.**

Recife, 07 de agosto de 2019.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

**Jeimison José Néri de Lyra**

**OAB/PE Nº 27.340**





## Aéreo - Confirmação de Emissão (LYRA\MARIA ANDREZA) - GYDRTF

De: Humberto - GS Travel  
Para: jeimison.lyra@jalyraadv.com.br  
Cópia:  
Cópia oculta:  
Assunto: Aéreo - Confirmação de Emissão (LYRA\MARIA ANDREZA) - GYDRTF  
Enviada em: 25/01/2019 | 19:02  
Recebida em: 25/01/2019 | 19:02

### Bilhete Eletrônico - Eticket

E-mail: [humberto@gstravel.com.br](mailto:humberto@gstravel.com.br)  
Telefone: 55 81 999986666



|                        |                                                 |
|------------------------|-------------------------------------------------|
| Passageiro             | ADT - LYRA/MARIA ANDREZA<br>ADT - LYRA/JEIMISON |
| Número do bilhete      | 222 0005098256                                  |
| Localizador da Reserva | GYDRTF                                          |
| Emissão                | 25/01/2019 por Patricia Melo                    |

| Cia | Voo     | Origem / Destino                                                                      | Esc. | Cl. | Família / Bagagem             | Loc<br>Cia |
|-----|---------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-------------------------------|------------|
|     | AD 8710 | REC - RECIFE<br>30 AGO 10:30<br>MCO - ORLANDO Orlando Intl<br>Airport<br>30 AGO 18:15 | 0    | P   | Economy<br>2 23KG POR<br>PEÇA | JJTRSH     |
|     | AD 8711 | MCO - ORLANDO Orlando Intl<br>Airport<br>12 SET 22:20<br>REC - RECIFE<br>13 SET 07:30 | 0    | P   | Economy<br>2 23KG POR<br>PEÇA | JJTRSH     |

#### Serviços Auxiliares

| Passageiro               | REC MCO | MCO REC |
|--------------------------|---------|---------|
| ADT - LYRA/MARIA ANDREZA | --      | --      |
| ADT - LYRA/JEIMISON      | --      | --      |

#### Tarifamento

| Tarifa       | Taxas        | DU         | Total        |
|--------------|--------------|------------|--------------|
| R\$ 1.547,40 | R\$ 2.541,72 | R\$ 235,38 | R\$ 4.324,50 |

#### Pagamento

| Forma    | Tarifa       | Taxas        | DU         | Total        | Detalhes |
|----------|--------------|--------------|------------|--------------|----------|
| Faturado | R\$ 1.547,40 | R\$ 2.541,72 | R\$ 235,38 | R\$ 4.324,50 |          |

#### Dados Corporativos

| Tipo            | Valor             |
|-----------------|-------------------|
| Centro de Custo | humberto.gstravel |

#### Regra Tarifária

##### Descrição

Regras Tarifárias abaixo somente são válidas para voos Operados pela AZUL LINHAS AÉREAS BRASILEIRAS S.A. Caso sua passagem possua voo operado por parceiro da AZUL, consulte o nosso CallCenter. Base tarifária (Voos Domésticos dentro do Brasil e Voos Internacionais dentro da América do Sul e Caiena): -Tarifa Mais AZUL: Classe econômica, tarifa promocional, designada para a classe tarifária reservada para os voos, datas e trechos selecionados -Tarifa AZUL: Classe econômica, tarifa promocional, designada para a classe tarifária reservada para os voos, datas e trechos selecionados Base tarifária (Voos Internacionais - Exceto dentro da América do Sul e Caiena): - Economy: Classe econômica, tarifa promocional, designada para a classe tarifária reservada para os voos, datas e trechos selecionados - Trechos Internacionais -Business: Classe Executiva, tarifa promocional, designada para a classe tarifária reservada para os voos, datas e trechos selecionados - Trechos Internacionais - Caso ocorra conexão com qualquer trecho doméstico dentro do Brasil, a classe de serviço será econômica para o trecho dentro do Brasil, o serviço de executiva somente é prestado no trecho internacional. Base tarifária Tudo Azul (Doméstico e Internacional): Classe econômica, tarifa promocional, designada para a classe tarifária reservada para os voos, datas e trechos selecionados. Combinações: Caso ocorra a combinação de uma tarifa com outra, a regra a ser aplicada será a mais restritiva ao cliente. Endossos: Não permitidos. Aplicação: Somente para voo AD operado por AD. Tipo de Viagem: Ida ou ida e volta Todos os trechos adquiridos numa mesma reserva passam a compor um unico itinerario, que deve ser integralmente utilizado conforme programado, incluindo a ordem dos voos. Qualquer alteracao acarretara nova precificacao do itinerario. Permanência mínima: trechos internacionais de 4 (quatro dias) no destino Permanência máxima: não aplicável Paradas: não permitidas Cancelamentos / Alterações: (Voos Domésticos dentro do Brasil) - PONTUAÇÃO TUDO AZUL LER MAIS ABAIXO Tarifas Mais AZUL e AZUL com valor igual ou inferior a R\$ 330,00, NÃO PERMITEM alteração e/ou cancelamento Tarifas Mais AZUL e AZUL com valor superior a R\$ 275,00, exceto Classe de Reserva Y (Cancelamento e/ou Alteração via Website e Mobile) Será cobrado R\$ 250,00 por passageiro e por trecho (classes V, UU, X, W, OO e Z, será cobrado o valor de R\$ 275,00 por passageiro e por



trecho) Tarifas Mais AZUL e AZUL com valor superior a R\$ 330,00 (Cancelamento e/ou Alteração via Central de Atendimento, Loja ou Aeroportos) Será cobrado R\$ 300,00 por passageiro e por trecho (classes V, UU, X, W, OO e Z, será cobrado o valor de R\$ 330,00 por passageiro e por trecho, exceto Classe de Reserva Y) Tarifas com Reserva na Classe Y - Disponível para comercialização somente via Central de Atendimento Não serão cobradas taxas de alteração ou cancelamento Em caso de alteração de voo, além deste valor, o passageiro terá que arcar com eventual diferença tarifária. A diferença tarifária pode ocorrer devido aumento de preços assim como por indisponibilidade da mesma classe tarifária para o novo voo desejado. Caso o bilhete ainda não tenha sido utilizado, as alterações deverão ocorrer em até no máximo 1 ano da data da compra. O pedido de cancelamento do bilhete não implicará automaticamente em reembolso do crédito restante, devendo ocorrer pedido específico de reembolso e se a regra tarifária assim permitir. Em qualquer caso, os valores pagos deverão ser integralmente utilizados em até 1 ano da data de reserva original. Após este prazo, o valor em crédito não poderá ser mais utilizado ou reembolsado. Cancelamentos / Alterações: (Voos Internacionais) Trechos dentro da América do Sul e Caiena - Exceto dentro do Brasil Tarifas Mais AZUL e AZUL: R\$ 300,00 ou US\$ 85,00 por passageiro e por trecho (todas as classes) Trechos Internacionais - Exceto dentro da América do Sul e Caiena Tarifa Economy: US\$ 150,00 por passageiro e por trecho (todas as classes) Tarifa Business: US\$ 200,00 por passageiro e por trecho (todas as classes) Tarifas Pontuação Tudo Azul Não é permitida alteração em bilhetes emitidos com pontos Tudo Azul. A alteração de um bilhete aéreo emitido com pontos Tudo Azul ocorrerá a partir do cancelamento do mesmo, uma nova emissão somente será válida se, os pontos oriundos da reserva cancelada, estejam válidos. Na ocorrência de compra de passagem com pontuação para duas ou mais pessoas na mesma reserva, não será possível cancelamento ou alteração para apenas uma delas. Sendo cabível o reembolso dos pontos, somente os pontos válidos na época do pedido de cancelamento/reembolso, retornarão para a conta Tudo Azul de onde os pontos foram consumidos em até 5 dias úteis com a validade original do acúmulo. Cancelamento após a compra, será aplicada a taxa de R\$ 275,00, por passageiro e por trecho, para trechos dentro do Brasil, por passageiro e por trecho, para trechos internacionais ou conexão doméstica com internacional, será aplicada a taxa de US\$ 150,00 por passageiro e por trecho para cabine econômica ou US\$ 200,00 por passageiro e por trecho para a cabine executiva, e somente poderá ser realizado via call center. Diferenças de pontuação poderão ocorrer no caso da indisponibilidade da mesma classe tarifária da reserva original, assim sendo, será cobrada a diferença para a nova classe tarifária além da respectiva taxa de cancelamento. A reserva original caducará no prazo de um ano a contar da data da compra, ou seja, o passageiro perderá qualquer direito referente à reserva adquirida uma vez expirado esse prazo. O cancelamento não gerará automaticamente o reembolso da pontuação utilizada. O reembolso será efetuado somente com a solicitação expressa do passageiro, estando sujeito à cobrança de taxa correspondente pela Azul (descrita no item de Reembolso), bem como a respectiva taxa de cancelamento. Somente tarifas públicas (Tarifas que são disponibilizadas pela AZUL em seus canais de venda). Nos casos de no-show (não comparecimento para embarque do voo, na data, trecho e horário reservados na passagem comprada) serão cobradas as taxas de no-show (descritas no item no-show). Reembolsos (Voos Domésticos dentro do Brasil) Tarifas Mais AZUL e AZUL com classe de reserva - V, UU, OO, W, X e Z, NÃO PERMITEM REEMBOLSO. Tarifas Mais AZUL e AZUL com valor igual ou inferior a R\$ 635,00, NÃO PERMITEM REEMBOLSO. Tarifas Mais AZUL e AZUL com valor superior a R\$ 635,00 - Exceto Classe de Reserva Y Será cobrado 60% do valor pago cumulativamente com cancelamento e o não comparecimento (no-show), caso o mesmo ocorra. Tarifas Mais AZUL e AZUL - Somente Classe de Reserva Y Será cobrado 5% do valor pago mais a taxa de não comparecimento (no-show) caso o mesmo ocorra. Reembolsos (Voos Internacionais) Trechos dentro da América do Sul e Caiena - Exceto dentro do Brasil Tarifas Mais AZUL e AZUL: US\$ 50,00 por passageiro mais as taxas de cancelamento acima mencionadas (todas as classes) Trechos Internacionais - Exceto dentro da América do Sul e Caiena Tarifas Economy Será cobrado US\$ 150,00 por passageiro mais as taxas de cancelamento acima mencionadas. Tarifas Business Será cobrado US\$ 150,00 por passageiro mais as taxas de cancelamento acima mencionadas. Tarifas Pontuação Tudo Azul E Pontos Mais Dinheiro: Será cobrado R\$ 275,00 por trechos dentro do Brasil por trecho e por passageiro Será cobrado US\$ 150,00 para cabine econômica por trecho e por passageiro Será cobrado US\$ 200,00 para a cabine executiva por trecho e por passageiro No caso de reembolso de bilhete emitido com pontos expirados, somente os pontos válidos retornarão para a conta. Não comparecimento ao embarque (No-Show): Voos Domésticos dentro do Brasil Tarifas Mais AZUL e AZUL, exceto Classe de Reserva Y Será cobrado R\$ 330,00 por passageiro e por trecho (Classes V, UU, X, OO, W e Z, não existe valor de reembolso nem crédito na Azul na ocorrência de No-Show) Voos Internacionais Trechos dentro da América do Sul e Caiena - Exceto dentro do Brasil Tarifas Mais AZUL e AZUL Será cobrado R\$ 330,00 ou USD 120,00 por passageiro e por trecho. Trechos dentro Internacionais - Exceto dentro da América do Sul Tarifa Economy Será cobrado US\$ 300,00 por passageiro e por trecho. Tarifa Business Será cobrado US\$ 300,00 por passageiro e por trecho. Descontos: Voos Domésticos dentro do Brasil Bebê até 2 anos incompletos devem viajar no colo de um adulto, sem custos, em voos domésticos. Crianças de 2 anos a 12 anos incompletos tem a partir de 25% de desconto da tarifa de adulto. (Exceto classes U, V, Z, X, W, OO, UU, Y, A, B e C: Não permite desconto para crianças.) Ao comprar uma passagem de ida e volta para bebê e este completar 02 anos entre a data da ida e a data da volta, deve ser comprado o trecho de ida separado do trecho de volta, pois no retorno o bebê deve pagar pela passagem de criança. Ao comprar uma passagem de ida e volta para Criança e este completar 12 anos entre a data da ida e a data da volta, deve ser comprado o trecho de ida separado do trecho de volta, pois no retorno da criança deve pagar pela passagem de adulto. Tarifas Pontuação Tudo Azul: Não permite desconto para crianças Trechos internacionais: Tarifas Mais AZUL / AZUL e Tarifa Economy Bebê até 2 anos incompletos devem viajar no colo de um adulto, será cobrado 10% da tarifa de um adulto Crianças de 2 anos a 12 anos incompletos tem a partir de 15% de desconto da tarifa de adulto. (Exceto classes U, V, Z, X, W, OO, UU, Y, A, B e C: NÃO permite desconto para crianças) Tarifa Business Não permite desconto para crianças: Franquia de Bagagem: Voos Domésticos dentro do Brasil: Adulto ou Criança - de 2 anos completos até 12 anos incompletos: Tarifas Mais AZUL - Permitido 1 (Um) volume de Bagagem com Total de 23KG por passageiro e por trecho. Tarifas AZUL - Não permite Bagagem Despachada Bebê - até 2 anos incompletos: Sem franquia de bagagem porém pode-se levar 1 cadeira de bebê, 1 bebe conforto ou 1 carrinho por bebê como franquia extra e sem cobranças. Trechos de para América do Sul, Caiena e Brasil: Adulto - a partir de 12 anos completos: Tarifas Mais AZUL - Permitido 1 (Uma) Peça de Bagagem com Total de 23KG por passageiro e por trecho. Tarifas AZUL - Não permite Bagagem Despachada Criança - de 2 anos completos até 12 anos incompletos: Tarifas Mais AZUL - Permitido 1 (Uma) Peça de Bagagem com Total de 23KG por passageiro e por trecho. Tarifas AZUL - Não permite Bagagem Despachada Bebê - até 2 anos incompletos: 1 peça de até 10KG cada, além de 1 cadeira de bebê, 1 bebe conforto ou 1 carrinho por bebê como franquia extra e sem cobranças. Trechos de para Estados Unidos da América, Europa e Brasil: Adulto - a partir de 12 anos completos: 2 peças de até 23KG cada. Criança - de 2 anos completos até 12 anos incompletos: 2 peças de até 23KG cada. Bebê - até 2 anos incompletos: 1 peça de até 10KG cada, além de 1 cadeira de bebê, 1 bebe conforto ou 1 carrinho por bebê como franquia extra e sem cobranças.

Os voos são válidos apenas para utilização nas datas e horários reservados e emitidos. Em caso de ALTERAÇÃO VOLUNTÁRIA estão sujeitos às condições impostas pela companhia aérea e pela regra tarifária. O transporte aéreo aqui contratado está sujeito às condições gerais de transporte aprovadas pelo Comando da Aeronáutica e às demais legislações aplicáveis. Algumas tarifas não permitem alterações e/ou reembolso após a compra. Caso julgue necessário ter esta informação, consulte seu agente de viagem. O não comparecimento para o embarque (no-show) em qualquer voo cancela os voos subsequentes. Em alguns casos, perde-se o bilhete, impossibilitando alteração e/ou reembolso.

Informações para Embarque

- Apresente-se em nosso checkin com 2 horas de antecedência em voos nacionais e com 3 horas de antecedência em voos internacionais.
- Levar documento original: **Carteira de Identidade** para voos nacionais.
- Levar documento original: **Passaporte** e os vistos necessários para entrada no país de destino para voos internacionais.
- Informações sobre validade de PASSAPORTE, VACINAS e VISTOS que possam ser necessários para sua viagem devem ser consultados com as respectivas embaixadas ou despachantes de vistos. Verifique essa necessidade para todos os países envolvidos na viagem, mesmo aqueles onde há apenas uma escala. Lembre-se que alguns países exigem que o passaporte tenha uma validade mínima de 6 meses para embarcar.





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário

**DIRETORIA REGIONAL DA ZONA DA MATA SUL**

Rua Inaldo Morais Acioli, S/N, Centro, S JOSÉ C GRANDE - PE - CEP: 55565-000

Vara Única da Comarca de São José da Coroa Grande

Processo nº 0000133-64.2019.8.17.3320

AUTOR: SOLANGE MARIA DE SANTANA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT, TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A.

**CERTIDÃO**

Certifico para os devidos fins de direito que, nesta data, em conformidade com o Despacho de **ID 46748799**, procedi com a retificação de autuação deste processo para fazer constar:

| Item              |                                                                                    |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Perito            | In                                                                                 |
| Situação Anterior | <div></div> Outros Interessados                                                    |
| Situação Atual    | <div></div> Outros Interessados<br>IEDO COELHO LIMA - CPF: 124.985.720-15 (PERITO) |







O certificado é verdade. Dou Fé.

S JOSÉ C GRANDE, 9 de agosto de 2019.

**DANIEL ARLEY AMORIM BRAGA**  
**Diretoria Regional da Zona da Mata Sul**

