



Número: **0000720-33.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/04/2019**

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
JACIENE LIMA E SILVA (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
56715 127	21/01/2020 13:35	2641851_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



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

Processo: 00007203320198173370

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 **JACIENE LIMA E SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353654400000055792004>
Número do documento: 20012113353654400000055792004

Num. 56715127 - Pág. 1

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 17 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353654400000055792004>
Número do documento: 20012113353654400000055792004

Num. 56715127 - Pág. 2



Número: **0000720-33.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/04/2019**

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
JACIENE LIMA E SILVA (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
56715 128	21/01/2020 13:35	<u>anexo 1</u>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JACIENE LIMA E SILVA**

Nº Sinistro: **3180455672**
Vitima: **JACIENE LIMA E SILVA**
Data do Acidente: **25/06/2018**
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 3180455672**.

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 13427992



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JACIENE LIMA E SILVA**

Sinistro: 3180455672
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA
Data do Acidente: 25/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180455672** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 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

CPF da Vítima

043.323.869-00

Nome completo da vítima

Jaceline Lima e Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jaceline Lima e Silva	CPF titular da conta 043.323.864-00	Profissão Agricultor
Endereço Rua da Penha	Número 181	Complemento Casa
Bairro Incoração de Lins - Z.R.	Cidade Barra Tallada	Estado PE
Email	CEP 56900-000	Telefone (DDD) 1879634-4907

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"/> RECUSO 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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	Bradesco	NRO.
AGÊNCIA NRO.	0586	D/V
CONTA NRO.	38810	D/V
(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. Tallada, 23 de Agosto de 2018
Local e Data



X Jaceline Lima e Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



0358325110



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0267002946

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2018** às **11:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, SÍTIO SERRA GRANDE; EM FRENTE A ESCOLA FRANCIEITE PAOLA; ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
 JACIENE LIMA E SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JACIENE LIMA E SILVA

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

JACIENE LIMA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO LIMA E SILVA**
 Pai: **JURACI SEVERO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/7/1981** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7530178/SDS/PE (RG), 04332386400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)** Telefones Celulares: - 087981479845

Residencial: **RUA DA PENHA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 181, DISTRITO CAIÇARINHA DA PENHA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JACIENE LIMA E SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **LARANJA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEF1630** (PERNAMBUCO/AFOGADOS DA INGAZERA) Renavam: **398423792** Chassi: **9C2KD0550CR533343**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES; VEÍCULO LICENCIADO EM NOME DE JEAN DE LIMA**

03/08/2018 11:39

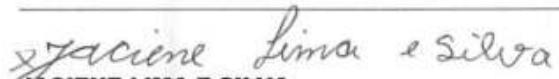


SILVA, CPF Nº 059.415.254-27

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A SRA. JACIENE PARA COMUNICAR A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE FOI AO TRABALHO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCrita; QUE ESTAVA SOZINHA NA MOTOCICLETA; QUE AO CHEGAR NO LOCAL DESCrito, AO PARAR A MOTOCICLETA, NÃO CONSEGUIU SEGURAR O PESO DA MESMA, TENDO ESTA PENDIDO E CAÍDO; QUE A MOTO CAIU EM CIMA DE SEU PÉ DIREITO; QUE FOI CONDUZIDA AO HOSPITAL PELO SEU IRMÃO E UM AMIGO; APRESENTOU BOLETIM DE EMERGÊNCIA DO HOSPAM Nº 36, ASSINADO PELO MÉDICO PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO, CRM-PE 16558; A VÍTIMA INFORMOU QUE EM DECORRÊNCIA DO TRAUMA SOFREU FRATURA DO PÉ DIREITO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. INQUIRIDA SOBRE SUA CNH INFORMOU NÃO POSSUIR. ESSE REGISTRO DESTINA-SE A ASSEGURAR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO.

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

**JACIENE LIMA E SILVA
(VITIMA)**B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**

03/08/2018 11:39



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

Num. 56715128 - Pág. 5



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Jacine Lince e Silva</i>	CPF da Vítima <i>013.323.864-00</i>	Data do Acidente <i>25/06/2018</i>
--	--	---------------------------------------

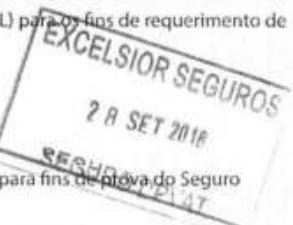
REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Jacine Lince e Silva</i>	CPF do Representante legal <i>013.323.864-00</i>
E-mail <i></i>	Telefone (DDD) <i></i>

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova 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, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

S. Lallada 23 de Agosto de 2018
Local e Data

X Jacine Lince e Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
DALI001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES – SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA				Nº:
Data: 05.06.18	Hora: 08:01			36
Nome: Juaneira Lima e Silva		Sexo: Fem.		Estado Civil: Solteira
Nascimento: 15.07.81				
Escolaridade:	Profissão: automa			
Mãe: M. do Socorro Lima e Silva	Responsável:			
Endereço: Carcauinha da Penha				
Bairro:	Município: S. Talhada		Fone: 9.8160-2648	
Cartão SUS: 3918-0034-1375-2826	RG/CPF: 7.530.178			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:				
<p>feridas PE 0 HA 1h / ALOS GLOSA DO MOTO/ cl ORL, 50 DMAS e USMERA ESG</p>				
<p>Tratamento:</p> <p>7001 ANA CEFOSIDA AO FUSP. JAS VITAMINAS P/ TTO CEFURGECO</p>				
<p>Hipótese Diagnóstica:</p> <p>FRST - UROSCÓT LUTA 2-139 MPPD</p>				
<p>Carimbo e Assinatura:</p> <p>Peço que seja feita a impressão de Carimbo Carimbo de Assinatura Carimbo de Identificação Carimbo de Identificação</p>				
Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

VEH
15/06/18
...



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACIENE LIMA E SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-P

CONTA: 000000038810-6

Nr. Autenticação

BRADESCO22102018050000000002370058600000038810303750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

Num. 56715128 - Pág. 8

celpe
neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.335.832/0001-08 | Inscrição Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368 710 364-15

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

COMPROVANTES

2278076019	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	26/03/2018
23/03/2018	2000136268
23/03/2018	3672821%
210,32	

NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo de Iluminação Pública	296.000.000,00	0,00074564	190,58
ICMS Subvenção-CDE-NF 003194283-27/12/17			7,98
Multa por atraso-NF 003194283-27/12/17			2,03
Juros por atraso-NF 003194283-27/12/17			4,98
Atualização IGPM-NF 003194283-27/12/17			1,89
PRÓ-CRIANÇA-(091)3412-8880 0800 031 8880			1,77
			0,98

TOTAL DA FATURA
210,32

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
30/02/2018	CAT	26-01-2018	15.234,00	15.508,00	28	1,00000		296,00

DETALHAMENTO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

DETALHAMENTO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

DETALHAMENTO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000	0,00	2,03
NOV17	352	COPINS	192,58	2,30	4,38	0,00000	0,00	4,98
OUT17	362							
SET17	378							
AGO17	337							
ABR17	300							
JUN17	264							
MAR17	312							
ABR17	362							
MAR17	370							
FEV17	328							

NOTA FISCAL

MÊS	TIPO DA MEDIDOR	DATA DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
FEV18	268							
JAN18	328	ICMS	192,58	36,00	47,68	0,00000	0,00	190,58
DEZ17	340	PIB	192,58	3,67	1,08	0,00000		

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARGARIDA ALVES CAVALCANTE CPF: 368.710.364-15	DATA DE VENCIMENTO 02/10/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/09/2018	CONTA CONTRATO 002278076019
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FRANCISCO OLAVO 110 IPSEP/SERRA TALHADA 56912-130 SERRA TALHADA PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 245,82	DATA DA APRESENTAÇÃO 25/09/2018	Nº DO CLIENTE 2000136269
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		NÚMERO DA NOTA FISCAL 033326249	
RESERVADO AO FISCO BDCC.1747.F686.8956.0055.B22B.889B.1A27			

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	282,00	0,75282909	212,29					
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,35					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,66					
ICMS Subvenção-CDE-NF 021982132-26/06/18			1,81					
ICMS Subvenção-CDE-NF 025728409-26/07/18			1,73					
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98					
TOTAL DA FATURA			245,82					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
232,64	25,00	58,16	232,64	1,03	2,39	232,64	4,69	10,91

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencida	01/09/18	Di Reav	25/09/18	Valor	265,32

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,52158000
SET	18
AGO	18
JUL	18
JUN	18
MAI	18
ABR	18
MAR	18
FEV	18
JAN	18
DISTRIBUIÇÃO (celpe)	45,35
ENCARGOS SETORIAIS	11,72
TRIBUTOS	71,46
TOTAL	232,64
	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	0,52158000	kWh
SET	18	282
AGO	18	282
JUL	18	256
JUN	18	280
MAI	18	278
ABR	18	284
MAR	18	372
FEV	18	285
JAN	18	328
DISTRIBUIÇÃO (celpe)	45,35	19,58
ENCARGOS SETORIAIS	11,72	5,04
TRIBUTOS	71,46	30,72
TOTAL	232,64	100
		276

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	VALOR APURADO
		DATA	LEITURA					
00000003010216219	CAT	27/08/2018	17.261,00	25/09/2018	17.543,00	-29	1,00000	0,00
<i>EXCELSIOR</i>								
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2018								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES								
Pague no ponto mais perto de você! farmacia economize: rua joão rodrigues de barros n. senhora da conceição / farmacia popular: inocêncio gomes de andrade 717 nossa sra da penha lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.								
DESTAQUE AQUI								
http://autoatendimento.celpe.com.br/NLUP_LICSERVICES_U-home-neoenergy-sa.com/servlet/login.nepenergia.com								
1/								

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

TALÃO DE PAGAMENTO			
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.			
Este canhoto será usado em leitora ótica.			

http://autoatendimento.celpe.com.br/NLUP_LICSERVICES_U-home-neoenergy-sa.com/servlet/login.nepenergia.com



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 DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ronan de M. S. Guasconta inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.741.25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Faciane Linhares Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.393.864.00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Faciane Linhares Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.393.864.00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procuradora Renda: R\$ un e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Francisco Alves</u>	Número	<u>100</u>	Complemento	<u>laser</u>
Bairro	<u>TPSEP</u>	Cidade	<u>Bonfá</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(87)9634-4907</u>

Salvador, 23 de Agosto de 2018
Local e Data



Ronan de M. S. Guasconta
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jean de Lima Silva

RG nº 7281118, data de expedição 03/06/2015

Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 059.415.254-27, com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Comercio José Alves de Lima, nº 21,

complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jaciene Lima e Silva, cujo o condutor era Jaciene Lima e Silva.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / NX 150 Bros ES

Ano: 2011/2012

Placa: PEF1630

Chassi: 9C2K00550CK533343

Data do Acidente: 25.06.2018

Local e Data: Serra Talhada 03-08-2018


Jean de Lima Silva
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE		<u>Maria Lúcia de Sousa</u>
titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA		Substituta
Telefone: (87) 38311-924		CPF: 187.093.384-20
<p>Reconheço a Firma por Autenticidade de JEAN DE LIMA SILVA - Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste: () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Encargo: R\$ 1,39. TSNR - R\$ 0,80, FERC - R\$ 0,40, ISS - R\$ 0,20.</p>		
Selo: 0074872.ZQR07201802.01386 03/08/2018 10:57:13		
Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital		



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO	NOME ATEND.		
043.323.864-00			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - N° DO PRONTUÁRIO
898003413751826			000157331
9 - NOME DO PACIENTE	10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO	
JACIENE LIMA E SILVA	15/07/1981	Feminino	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	13 - TELEFONE DE CONTATO		
MARIA DO SOCORRO LIMA E SILVA	(87) 98115-9684		
14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF	18 - CEP
DO COMÉRCIO		PE	56900-000
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
SERRA TALHADA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

*Doença subfágica M/D, desfeita de
nigroceps, 2/D, calca e dor
e dor pectoral, febre e celulite.*

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fasciite duplo, nefrite nefrótica D

22 - CID. 10 PRINCIPAL

5929

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame de sangue

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408050462

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

305 - TRAUMA FEM.

01

[X] CNS

[] CPF

32 - ASS. E CARÁMBIO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Rodrigues de Freitas

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/07/2018

34 - ASS. E CARÁMBIO DO PROFISSIONAL (CRM/CRMV)

CPF: 030.473.994-41

CRM: 16278

Mauroiana Pereira Pereira

35 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[] EMPREGADO

[] EMPREGADOR

[] AUTÔNOMO

[] DESEMPREGADO

[] APOSENTADO

[] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - CÓD. ORGÃO EMISOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

263810502821

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MOTIVO DA ALTA:

[] CNS

[] CPF

12

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASS. E CARÁMBIO (N° DO BILHETE/DOSELHO)

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

02

7/8/2018

OPC: 153.272.214-15 CRM: 8603

DATA DA INTERNAÇÃO:

02/07/18

EXCELSIOR SEGUROS

Médico Autorizado

DATA DA ALTA:

07/07/18

XI GERES

Assinatura





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA		25/06/2018 14:13
MÉDICO SOLICITANTE PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO		ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM - 16558
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE: JACIENE LIMA E SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO: 460776
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):		DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1981
SEXO: Feminino		TELEFONE DE CONTATO:
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: M. DO SOCORRO LIMA E SILVA		
ENDERECO (RUA, N. BARRITO): CAICARINHA DA PENHA,		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA		CD. IBGE MUNICÍPIO: 2613909
		UF: PE
		CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO 2º/3º MTT DIREITO		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: 		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO 2/3 MTT DIREITO		
CID 10 PRINCIPAL: 		CID 10 SECUNDÁRIO:
		CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
SINAIS VITais		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: 		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA: 	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X) CNS () CPF
		Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
EXECUTANTE		
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: 		DATA DE AUTORIZAÇÃO:
TIPO DE LEITO: 		ESPECIALIDADE:
MÉDICO AUTORIZADOR: 		
AUTORIZAÇÃO		
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 		DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: 7876
ESCLARECIMENTOS		



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
25/06/18 14:17 LEILAH ANDRADE DE FRANCA

Descrição
NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR, APÓS BUSCA ATIVA NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução
25/06/18 14:14 PEDRO AURELIAÑO AMADOR DE CARVALHO

Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
25/06/18 14:13	Em digitação	0h:1m:9s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
25/06/18 14:15	Aguardando Regulacão	0h:0m:9s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
25/06/18 14:15	Aguardando Regulacão	0h:0m:27s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador; EDVALDO.FILHO solicitação: 460776
25/06/18 14:15	Regulado	0h:1m:42s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
25/06/18 14:17	Aguardando Disponibilidade		LEILAH.FRANCA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



(87) 9183-2105
9-966-33606



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

Nome: JACINTO LIMA E SWA

AO HOSP. SÃO VICENTE.

MDx: Fcast-Waxson HANWx (D)
+ Fcast 2^o e 3^o MTT (D)

- ① DTESTA LEVRE 1) S^{NO} 2) S^{SI}
② DTESTA TOSSE 6/6/15 SIN
③ HEMOGLOBINA/ COTONO 3) P^{dicto} TROMBOS
④ SORV + CCEG 4) P^{dicto} 12
colheita 10/11/18
uma

Data: 25/6/18

Porto Jérôme Pinto de Melo
Cirurgião-Dentista
Ortopedista
CRMPE-1654

Médico - CRM





Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 12/07/2018		Nº Registro: 000157331	
Identificação do Paciente: JACIENE LIMA E SILVA		305 - TRAUMA FEM. 03	
Data Nascimento: 15/07/1981	Idade: 36	Sexo: Feminino	Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AUTONOMA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: JURACI SEVERO DA SILVA		Mãe: MARIA DO SOCORRO LIMA E SILVA	
Endereço: DO COMERCIO		SN	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 98115-9684
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	Outros Acidentes <input type="checkbox"/>	Agressão <input type="checkbox"/>
Suicídio <input type="checkbox"/>	Casual <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<u>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</u> Descrição: paciente M/F, de 36 anos, desidratado, pressão arterial de 120/80 mmHg, temperatura de 37,5°C, respiração 20/min, pulso 100/min, fundo de olho normal.			
<u>Diagnóstico Inicial</u> Fraturas múltiplas de dor.			
<u>S.A.D.T</u> Hemofagocitose e PAC, ura, Glucose e creatinina L → Solicitado colhido 14/07/2018			
Diagnóstico Final			

CONDICÃO 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"/>	Evasão <input type="checkbox"/>
Óbito-48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>

12,07,18.

Data da Alta: 17/07/98

1000

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 100325
CPF: 056.552.003-25 Médico Responsável



Cirurgia Realizada:

Nº Procedimento:

Data: 16/07/18

Inicio:

Término:

Cirurgião: *Antônio*

1º Auxiliar: *Diego*

2º Auxiliar:

Anestesista: *Wilis*

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

*Exploração subfascial com parafuso MID +
máscara de ventilação. Manipulação
foco fechado - fixação P/ Cervelo
Alfio KIRSCHNER, Lâminas e parafuso
de cerúlo + tafetá fisional*

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25



Assinatura do Cirurgião



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

Num. 56715128 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

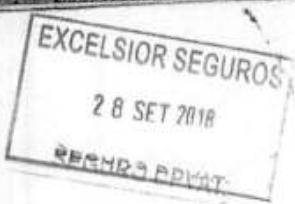
Num. 56715128 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

Num. 56715128 - Pág. 21

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MÍNISTÉRIO DA JUSTIÇA			
Nº 012035343315			
DETAN - PE			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. PRAVAM	PERÍODO	EXERCÍCIO
1	998429792	*****	2015
JEAN DE LIMA SILVA			
NOME			
AEGOADO3 DA INGAZETRA			
CPF / CNPJ		PLACA	
059-415-254-27		PEF1650	
PLACA ANT/UF			
HONDA / NXR 150 Bros E3		9C2K00550CR533343	
MARCA / MODELO			
CAR / POT / CIL		CATEGORIA	
250 / 149 CL		P/ARTIC	
ESPECIE / TIPO			
MOTOCICLETA		FÁG/CAS	
ANO FAB / ANO MOD			
2011		2012	
COR PREDOMINANTE			
LARANJA		LARANJA	
COTA ÚNICA			
1 P - 1 PVA - 2015		VEND. COTA ÚNICA	
FAIXA/PVA		1 P - 1 PVA - 2015	
PAGAMENTO COTAS			
3 P		2 P	
PRÉMIO TARIFÁRIO (RS)			
SEGURO PAGO		PRÉMIO TOTAL (RS)	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015			
OBSERVAÇÕES			
3.5% RESERVA			
DATA			
12/05/15			
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
PAGAMENTO			
COTA ÚNICA		DATA DE PAGAMENTO	
1 P		30/09/2015	
PAGAMENTO			
PARCELA DO		DATA DE PAGAMENTO	
1 P		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			
30/09/2015		30/09/2015	
CUSTO DO BILHETE (RS)			
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
3.769,90		0,00	
DATA DE PAGAMENTO			



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

Num. 56715128 - Pág. 22

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455672 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 1º, 2º e 3º metatarso do pé direito.

Descrição do exame Vítima com rigidez articular com limitação dos movimentos do 1º, 2º e 3º pododáctilos do pé direito e edema.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, das fraturas.
Alta médica (17/07/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termo do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do 1º, 2º e 3º dedo do pé direito.

Médico examinador: LEONARDO COELHO BEZERRA

CRM do médico: 24897

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R\$ 3.037,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180455672

Nome do(a) Examinado(a): JACIENE LIMA E SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DA PENHA, 181 - Serra Talhada/PE -
CEP 56903-390

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 7530178 - SDS-PE - 16/03/2004

Data e Local do Acidente : 25/06/2018 - ZONA RURAL DE SERRA TALHADA

Data e Local do Exame : 11/10/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO METATRASO DO PÉ
DIREITO

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

FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO
PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO METATRASO DO PÉ DIREITO. TEVE
ALTA NO 17/07/2018

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

LIMITAÇÃO PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO PODODÁCTILO DO PÉ
DIREITO COM RIGIDEZ ARTICULAR E EDEMA RESIDUAL

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

LIMITAÇÃO PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO PODODÁCTILO DO PÉ
DIREITO COM RIGIDEZ ARTICULAR E EDEMA RESIDUAL

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**



caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

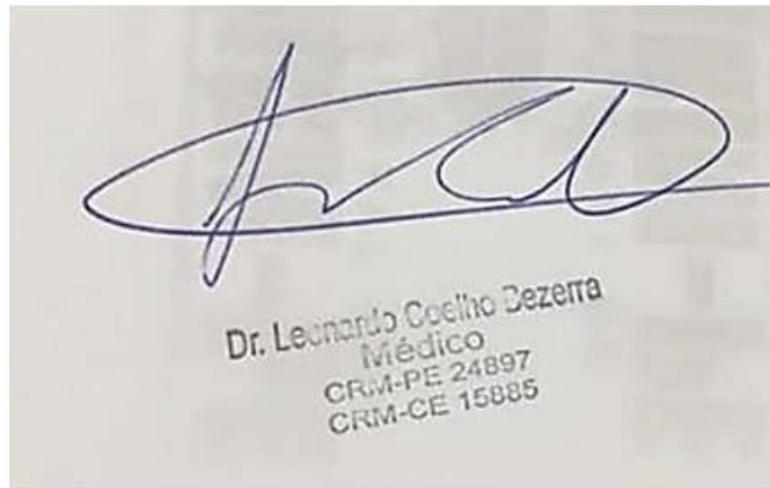
() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal	Região Corporal
PRIMEIRO PODODÁCTILO DIREITO	SEGUNDO PODODÁCTILO DIREITO
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo	() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
TERCEIRO PODODÁCTILO DIREITO	
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo	() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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





LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

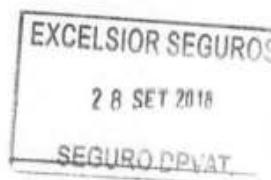
Num. 56715128 - Pág. 26

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 23 de Agosto de 2018

X Jacine Lima e Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455672 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.
FRATURA DE 2º E 3º METATARSO E HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455672 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.
FRATURA DE 2º E 3º METATARSO E HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180455672 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACIENE LIMA E SILVA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 1º, 2º e 3º metatarso do pé direito.

Descrição do exame Vítima com rigidez articular com limitação dos movimentos do 1º, 2º e 3º pododáctilos do pé direito e edema.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, das fraturas.
Alta médica (17/07/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termo do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do 1º, 2º e 3º dedo do pé direito.

Médico examinador: LEONARDO COELHO BEZERRA

CRM do médico: 24897

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R\$ 3.037,50
		Total	22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração

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

1. Outorgante

Jaciene Lima e Silva
portador(a) do documento de identidade nº 7.530.178, expedido por SDS/PE, em
16/03/2004, inscrito no CPF sob o nº 043.323.864-00, residente na
Rua da Penha, nº 181, complemento casa, Bairro Guicarimba da Penha-Z.R, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Outorgante

X Jaciene Lima e Silva



Maria Lúcia de Sousa

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - Substituta
Titular: REGINALDO ANTÔNIO DA SILVA CPF: 187.093.384-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de JACIENE LIMA E SILVA. Dou Fé. Serra Talhada - PE, 03/08/2018 ()
da verdade. () Reginaldo Antônio da Silva - Titular.
() Maria Lúcia de Sousa - Substituta. RG: - RG 3.39.
TSNPK - R\$ 0,80. FBRC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.DSW07201802.01367 03/08/2018 10:22:33

Consulta autenticidade: www.tjpe.jus.br/autenticidade

EXCELSIOR SEGUROS
29 SET 2018
SEGURO DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358325/18

Vítima: JACIENE LIMA E SILVA

Data do acidente: 25/06/2018

CPF: 043.323.864-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JACIENE LIMA E SILVA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

JACIENE LIMA E SILVA : 043.323.864-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

Num. 56715128 - Pág. 32

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358325/18

Número do Sinistro: 3180455672

Vítima: JACIENE LIMA E SILVA

Data do acidente: 25/06/2018

CPF: 043.323.864-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JACIENE LIMA E SILVA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005>
Número do documento: 20012113353664200000055792005

Num. 56715128 - Pág. 33