



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 1ª 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.



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





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
56715128	21/01/2020 13:35	anexo 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180455672**

Vítima: **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

Pag. 00045/00046 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Pag. 01941/01942 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13465662



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 043.323.864-00	Nome completo da vítima Jaciele Lima e Silva
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Jaciele Lima e Silva	CPF titular da conta 043.323.864-00	Profissão Agricultor	
Endereço Rua da Vitoria	Número 181	Complemento Casa	
Bairro Lacerinha de Leste - Z.R.	Cidade Guara Telhada	Estado PE	CEP 56900-000
Email		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	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (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.

Guara Telhada 23 de Agosto de 2018
Local e Data

X Jaciele Lima e Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017





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 Nº. **18E0267002946**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 FRANCIETE PAOLA; ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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: **3°. 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 INGAZEIRA)** Renavam: **398423792** Chassi: **9C2KD0550CR533343**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES; VEICULO LICENCIADO EM NOME DE JEAN DE LIMA**

03/08/2018 11:39

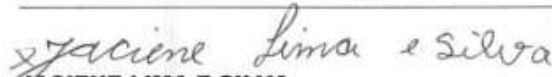


SILVA, CPF N° 059.415.254-27

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 N° 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



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

Jacine Lima e Silva

CPF da Vítima

043.323.864-00

Data do Acidente

25/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

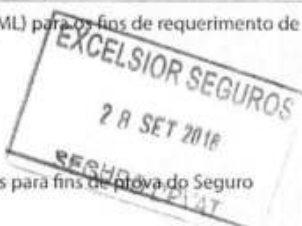
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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. Pallada 23 de Agosto de 2018

Local e Data

X Jacine Lima e Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº:

36

Data: 25.06.18	Hora: 08:01
Nome: Jacene Lima e Silva	Estado Civil: solteira
Nascimento: 15.07.81	Sexo: Fem.
Escolaridade:	Profissão: automa
Mãe: M ^{te} do socorro Lima e Silva	Responsável:
Endereço: Cauaúna da Penha	
Bairro:	Município: S. Talhada
Cartão SUS: 898.0034.1375.2826	RG/CPF: 7.530.178
Raça/Cor:	Branca
	Preta
	Parda
	Amarela
	Indígena

PA: Pulso: HGT: Temperatura: Peso:

História e Exame Físico:

TRAUMA PE O HA 1h, APOS
QUEDA DE MOTOCICLETA, CI DR, VOMITO
E UNIFORME



Tratamento:

TRATAMENTO ANALGESICO
AO HOSP. JAO VITORINO P/
TTO QUIRURGICO

Hipótese Diagnóstica:

Fratura - Ulna e Rádio
2-139 MTT

Carimbo e Assinatura:

Padre Marcelo Amador de Oliveira
Coordenador de Atendimento
C. de Atendimento

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Évasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

VER
15/06/18
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

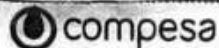
AGÊNCIA: 00586-P

CONTA: 000000038810-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2210201805000000000023700586000000038810303750 PAGO





CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DARIO FERRAZ - NUM. - 00319 - CENTRO FLORES -
TA PE 56400-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 105963887 Mai/2018

MARIA DO SOCORRO DE LIMA SILVA
R DA PENHA, N. 00181 - CAICARINHA DA PENHA - SERRA TALHADA PE 56
900-000

INSCRIÇÃO: 400 100 012 0260 000 GRUPO: 14 H2B AUTOMÁTICO: 105963887

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)
A128193985	10/05/2018	09/06/2018	MEDIA HD

AGUA:

LEIT ANT: 377

CONSUMO: 9

LEIT ATU:

RECURRENCIA TAXA M

LEIT FAT: 387

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. MS 2.914/11	PORT. REALIZ.	ANÁLISES A LEI 11.689/08	ATENDIDA
04/2018	04	TURBIDEZ	10	10	10	10
03/2018	10	COR APARENTE	10	10	10	10
02/2018	09	CLORO RESIDUAL	10	10	10	10
01/2018	16	COLIF. TOTAIS	10	10	10	10
12/2017	06	E. COLI	10	10	10	10
11/2017	08					
MEDIA:	09					

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	9,43	41,30
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 04/2018		0,50
JURAS DE HORA 02/2018		0,41

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS COFIN	41,30	1,65	0,68
	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/06/2018

TOTAL A PAGAR: 42,51

mensagem:

DICA: VÁO AO TRABALHO INFANTIL
DENUNCIE DISQUE 100

EXCELSIOR SEGUROS

2 A SET 2018

SEGUROS PRIVAT



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

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



www.celpe.com.br

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
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF: 368.710.364-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO OLAVO 110

IPSEP/SERRA TALHADA
56912-130 SERRA TALHADA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

02/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

245,82

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

25/09/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

033326249

CONTA CONTRATO

002278076019

Nº DO CLIENTE

2000136269

Nº DA INSTALAÇÃO

0003672821

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BDCC.1747.F686.8956.0055.B22B.889B.1A27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	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 IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
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):

Vencido	Di Reav	Valor
03/09/18	25/09/18	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

HISTÓRICO DO CONSUMO

		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
DEZ 17		340
NOV 17		352
OUT 17		292
SET 17		276

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	79,86 34,32
Transmissão	9,74 4,19
Distribuição (Celpe)	45,55 19,58
Encargos Setoriais	11,72 5,04
Tributos	71,46 30,72
TOTAL	232,64 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
00000003010216219	CAT	27/08/2018	17.261,00	25/09/2018	17.543,00	29	1,00000	0,00	282,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DICRI-Duração de horas sem Energia		0,00	5,43	10,86	21,73
FIC-Mo. de vezes sem Energia		0,00	3,36	8,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22

EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 77,64

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia economize: rua jose rodrigues de Barros n. senhora da conceição / farmacia popular: inocencio gomes de andrade 717 nossa sra da penhaLista 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 próx. 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002278076019	09/2018	245,82	02/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

http://autoatendimento.celpe.com.br/NUP DC SRUCES D-home-neo logow-sap.com/servlet/login.nepenergia.com.RCC Conversao Servico Redefinicao... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2020 13:35:36

https://pje.tipe.jus.br:4431/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012113353664200000055792005

Número do documento: 20012113353664200000055792005

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.741/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Facine Lima e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.393.864/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vitima Facine Lima e Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.393.864/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Procuradora Renda: Rensson 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 Olayo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>JPSEP</u>	Cidade <u>Buena Vista</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87)9634-4907</u>

S. Salhada 23 de Agosto de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jean de Lima Silva,
RG nº 7281118, data de expedição 03/06/2015,
Órgão SDS/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 Serradães 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 faciene Lima e Silva, cujo o condutor era
faciene Lima e Silva.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ES
Ano: 2011/2012
Placa: PEF1630
Chassi: 9C2KD05500K533343
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
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (97) 38311-924

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20

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. Emol. R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.ZQR07201802.01386 03/08/2018 10:57:13
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



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 - Nº 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 Nº BAIRRO)			
DO COMERCIO			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF	18 - CEP
SERRA TALHADA	PE	56900-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
<i>Doença crônica H1D, deterioração devido a lesões R. D. e acausadas e supostamente devido a H1D</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>Rx de tórax, APE R. L.</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
<i>Presença de lesões cutâneas</i>	5929
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
<i>Doença crônica</i>	0408050462
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
305 - TRAUMA FEM.	01
30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
[X] CNS [] CPF	
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
<i>Antônio Rodrigues de Freitas</i> CPF: 055.652.009/257	12/07/2018
34 - ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL MÉDICO	
<i>Maurício Pereira Pereira</i> CPF: 030.473.994-41 CRM: 16278 Otorrinolaringologista	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - Nº DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
37 - [] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
[] EMPREGADO [] EMPREGADOR [] AUTÔNOMO [] DESEMPREGADO [] APOSENTADO [] NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ORGÃO EMISSOR	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)
		261810502821-0
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA:
[] CNS [] CPF		02
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CARATER DA INTERNAÇÃO:
12/07/2018	<i>Ilmo. Dr. Pereira de Andrade Melo</i> CPF: 155.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador XI GERES	02
		DATA DA INTERNAÇÃO:
		12/07/18
		DATA DA ALTA:
		12/07/18



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - 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		Nº DO PRONTUÁRIO:
NOME DO PACIENTE: JACIENE LIMA E SILVA		460776
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1981	SEXO: Feminino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: M. DO SOCORRO LIMA E SILVA		TELEFONE DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): CAICARINHA DA PENHA,		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	COD. 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		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF
		Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE		DATA DE AUTORIZAÇÃO:
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		
TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:	
MÉDICO AUTORIZADOR:		

AUTORIZAÇÃO		DATA DA SOLICITAÇÃO:
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
DOCUMENTO: (X)CNS ()CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	COD. 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 AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
25/06/18 14:13	Em digitação	0h:1m:9s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
25/06/18 14:15	Aguardando Regulacao	0h:0m:9s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
25/06/18 14:15	Aguardando Regulacao	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: JACILENE LIMA L. SILVA

AO HOSP. JACILENE L. SILVA

MDX: TRAT - WAXALON MAUX (D)
+ TRAT 2º e 3º MTT (D)

- (1) DIETA LIVRE 1) SNO 2) SN
 - (2) DIETA TCC 3) 6/6/5 SIN
 - (3) HAMBURGARIA/ COQUELO/ BARRA 3) Pedido
 - (4) SOUV + CCGG/ BARRA 3) Pedido
- colheita 12/07
13/07 uma

Data: 25/6/18

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

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 []		Acidente de Trabalho []	
Suicídio []		Casual []	
Outros []		Outros Acidentes []	
Nome do Acompanhante:		Agressão []	
Endereço:		Telefone para Contato:	
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Doença pregressa HTA, deficiências reológicas, RVD, taquicardia, sem sintomas de insuficiência cardíaca</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>Fraturas múltiplas de dor.</i>			
S.A.D.T: <i>Hemofilia e TPA, uso, Glucose e creatinina</i>			
Diagnóstico Final: <i>↳ Solicitado colheido 14/07 Ama</i>			
CONDICÃO DE ALTA			
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: 12/07/18	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 12/07/18	
Piorado []	Transferência []	Local: <i>Antônio Rodrigues de Freitas</i>	
Óbito+48h []	Evasão []	CPF: 056.552.003-25	
Óbito-48h []	Indisciplina []	Médico Responsável	
Óbito em: _____			



Cirurgia Realizada:		Nº Procedimento:
<p><i>29.4.2018</i></p>		
Data: <i>16/07/18</i>	Início:	Término:
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Antonio</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Olivia</i>		
<p>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA</p> <p><i>Subcutânea por MID +</i> <i>Massa Muscular Manguetada</i> <i>fora pontos e fixado P.C. 1000</i> <i>Alfio KIRSCHNER, Lado direito</i> <i>deletivo + 1.500</i></p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 056.552.003-25</p>		



Assinatura do Cirurgião





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC IDENTIDADE (ONG, EMPREGO) / UF
 6870802 SDS PE

CPF
 051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
 19/08/1983

FUNÇÃO
 ARCELO PEREIRA DA SILVA
 MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
 NCC
 CAC HAB. AB

Nº REGISTRO
 94935894409

VALIDADE
 19/11/2019

HABILITAÇÃO
 06/05/2010

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1017067334

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1017067334

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 19/11/2014

ASSINATURA DO EMISOR

47011844458
 PRO067050133

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS
 2ª SET 2018
 SEGURADOR



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PENº 012035343315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOERN DE LIMA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2015 12/05/15

PLACA

PEEF1630

VEICULO

059-415-254-27

CPF/CNPJ

RENDAVA

984229792

WALCHA MODELO

HONDA NXR150 PRO E

ANO/FAB

2011 09

IN-CHASSI

9C2KD0550CR533343

PREMIO TARIFARIO

DESATRAV (R\$)

PREMIO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

VALA ESTIMADA DESATRAV (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

QUOTA UNICA

PARCELADO

DATA DE QUITACAO

SEGURO LIDER - DPVAT

CHUP 05-248-699001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT PARA A VIA TERRESTRE OBRIGATORIO

EXCELSIOR SEGUROS
28 SET 2018
RECIBO PRIMAT



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

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 termino 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 - Órgão 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

PRIMEIRO PODODÁCTILO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

SEGUNDO PODODÁCTILO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

TERCEIRO PODODÁCTILO DIREITO


% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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





Dr. Leonardo Coelho Bezerra
Médico
CRM-PE 24897
CRM-CE 15885

LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE

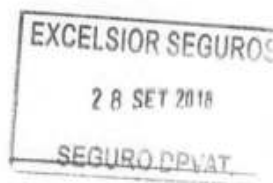


DECLARAÇÃO

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

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 termino 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 Guacimbo 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

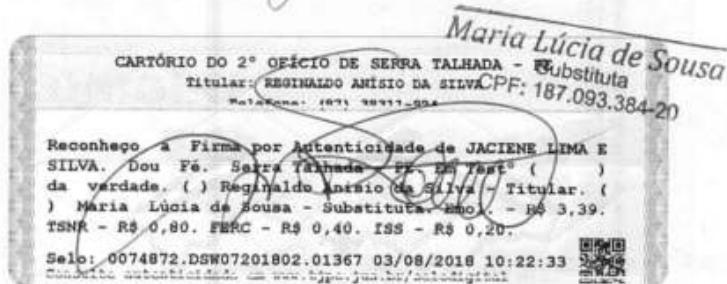
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplios 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.

Serra Talhada 03 de Julho de 2018.

Outorgante X Jaciene Lima e Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358325/18

Vítima: JACIENE LIMA E SILVA

CPF: 043.323.864-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

