



Número: **0001666-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>HERIKA GUILHERME DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58996 124	10/03/2020 11:55	<a href="#"><u>2690372_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_P ROTTOCOLADA_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00016660420208172001

ARUANA SEGUROS 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 **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

**DA GRAADAÇÃO EM SEGMENTO DIVERSO AO LESIONADO**

Cumpre informar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no joelho esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554715200000058020097>  
Número do documento: 20031011554715200000058020097

Num. 58996124 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO ) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior esquerdo com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstra a própria avaliação médica realizada em esfera administrativa, **A LESÃO ADQUIRIDA NO MOMENTO DO ACIDENTE OCASIONOU SEQUELAS NO JOELHO ESQUERDO DA PARTE AUTORA:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO ) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

**DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O JOELHO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: JOELHO ESQUERDO.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de março 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 MELO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554715200000058020097>  
Número do documento: 20031011554715200000058020097

Num. 58996124 - Pág. 3

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554715200000058020097>  
Número do documento: 20031011554715200000058020097

Num. 58996124 - Pág. 4



Número: **0001666-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>HERIKA GUILHERME DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58996 126	10/03/2020 11:55	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



## 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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> 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 Cláudia Andrade Piquino inscrito (a) no CPF 056.159.494-157, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudia Andrade da Rehwa inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063.644-92, do sinistro de DPVAT cobertura Invadida da Vítima Cláudia Andrade da Rehwa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063.644-92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Cidade	Número	Complemento
Rua-Engenho águas Retas		168	Casa-A
Bairro Infraestrutura	Recife	PE	59150-030
Email: Cláudia 23@gmail.com		Telefone comercial (DDI)	Telefone celular (DDI)
		81 99244-2330	81 99988-5004

Recife, 12 de Dezembro de 2017  
Local e Data

Cláudia Andrade de Piquino  
Assinatura do Declarante

1.0001/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1692891	ATENDIMENTO: 01480939
DATA DE NASCIMENTO: 26/04/1979	FOI ATENDIDO EM: 10/09/2019 ÀS	
	DATA DA ALTA: 19/09/2019 ÀS 09:43	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Observação:

CURATIVO DIÁRIO

Encaminhado para:

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA COM 2 SEMANAS

Dr. Jenner Felline  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 27770

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472.

Recife, 19, SETEMBRO ,2019

#### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 2

SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

## Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: <b>1692891</b>	Data e Hora de Atendimento: 10/09/2019 21:33	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b> Atendimento Manual :
Nº. ATEND.:1480466 Data de nascimento: 26/04/1979 Estado Civil: CASADO DOC ID / Data expedição	Paciente: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC Idade: 40a 4m 15d Profissão: Mãe: GISELA MARQUES DA SILVA Pai:	Nm. Social: Sexo: FEMININO Acompanhante: JESSICA Cartão SUS: Número 100 Complemento: UF: PE Telefone: 983626417
Bairro: ZUMBI Cidade: RECIFE Correncias:	Endereço: TRAVESSA PARAGUASSU Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HR / NEPI	
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO QUEDA, COLISAO Procedência: VIA PUBLICA		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome: Confirmação de endereço: Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	Fones: Assistente Social	
Observação:	Assistente Social	
História Clínica:		
<p>Último de Olhos Mato x Corro do xixotele trugida tido SAMU em Uso de mero xixotele e dolor amol xixoteles de capote. Aproxima RCC em Peso ⑤ ci perolo de terido e conformato Grauque 45</p>		
<b>Atendimento Médico</b> Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		
<b>Exame Físico:</b> A: Geral Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:		
A: Respiratório: Espum. Preneudo e Sustento RC: 180pm; ACV: RCC 2 m27 n1 Sopor; Abd: Ruidos e Tensão B: Respiratório: CD: Sel TC Brôn (anual)		
C: Circulatório PA: X mm	P脉: bpm	RX Pneu ②/ Tórax c
<b>TOMOGRAFIA HR</b> Data: 13/09/2019 Mod: TC pulmônio e abd. Técnicas: - Dr. Marcio Freire		

D: Exame Neuroológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore:	Glasgow: Resposta Verbal Escore:	Glasgow: Resposta Motora Escore:
Hora:	Hora:	Hora:
E: Exposição/Abdômen:  <u>NOR</u> quadro de moto sem lesão da camic GCS 15, motor 1 foto sem déficit motor		
Diagnóstico Inicial:  aguardo TAC Crânio e col Cervical	Cod. Procedimento  <input type="text"/>	
Conduta:  <i>Christina B Heilrich Neuropsiquiatria Funcional CRM 38969</i>	Ass. Médico  <input type="text"/>	
Evolução de Enfermagem:  evolução da VAD evolução da Camic	Ass. Enfermagem  <input type="text"/>	
Definição do Caso:  <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para: <i>luzes / mala / mala / mala</i>	Condição de Alta:  <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:  Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____		
Termo de responsabilidade para Internamento:  - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.		
Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da Identidade: _____ Assinatura: _____		
Termo de responsabilidade de alta a pedido:  - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.		
Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da Identidade: _____ Assinatura: _____		
Data e Hora Impressão: 10-Set-19		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HR** HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
 RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente:	<i>Henrique Oliveira</i>	Registro:
Clinica:	<i>JA SILVA</i>	Box/Leito/Enfermaria:
CD- 5821 à esq, 45 dias pós op. fura corva cru calodir a oculitec 60 dias, suiarci corve plus mm + freno de mordida		
Data:	05/11/19	Ass. Câmpio Médico/CREMEPE
		CD. 0340

Dr. Henrique Oliveira  
 Odontólogo / Dentista  
 CRM-PE 1053





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim  
CEP: 52.060-210 - Recife - PE  
CNPJ. 24.061.657/0001-27 insc. Est. 18.1.001.0140069-5  
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-8966 Fax: (81) 3269-6781

## **CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 060486

1º Via Fixa

Hospital HR Convênio: AB-1692871 Cidade: ORTIGA - PR  
Nome do Paciente: HELENA GUILHERME DA SILVA Data da Cirurgia: 16/09/19  
Médico: D. Deyv Meirelles Membro Operado: MIC

PARAFUSOS CORTICais	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 10/09/2019 21:25

	Nome Paciente: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC Cód. Paciente: Data de Nascimento: 26/04/1979 Sexo: Feminino Idade: 40 Senha: U0038 Convênio: Atendimento: SAME:
--	---

Período: 10/09/2019 21:27 - 10/09/2019 21:28

LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	<b>AMARELO - URGENTE</b>
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO HA 01 HORA, PACIENTE ERA PASSAGEIRA DA MOTO, ECG 15, FRATURA EXPOSTA EM MID
Medicamento(s):	NAO
Observação:	SAMU RECIFE
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- FRATURA EXPOSTA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 5

10/09/19 # NCR #

Paciente vítima de colisão entre carro e moto.  
Não perde consciência, dor intensa e dor constante.  
Vejam queixas no momento:  
ECG 15, pressão, PFM (↑)  
TC crônica:  
Coluna cervical com lesão neuroanatomica evidente.

CD: Valores da NCR  
A maioria elevados

RTT

Acolhido(a) por: LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/09/2019 21:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 7



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

TIPO C  
DATA:

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: *Henrique Guilherme da Silva* Nº do Registro: *1480466*Clínica: *Franca e Rego* Nº do Leito:Operador: *Dr. Jardim*1º Assistente: *Dr. Thays Augusto* 2º Assistente:Instrumentador: Anestesista: *Dra. Refreia*Anestesia: *Regional* Duração:

Data da Operação: Início: Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: *fund. na fibra proximal L5 e S1  
sem recesso + lesão extensa em*Diagnóstico Pós-Operatório: *perna e pecten C*Operação Proposta: *Desbrolhamento + higiene + excisão  
de corpo estranho*Operação Realizada: *Desbrolhamento*

## DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Posic.  
Paciente em BOY sob anestesia
- (2) Rotina anest.
- (3) Observar fechamento cutâneo com pequenos  
expongos + nova operação + perito tecidual  
suportante + preservar os muros do corpo estranho,
- (4) Excisão de corpo estranho + higienização
- (5) Desbrolhamento excesso de fechamento (fechos  
múltiplos e contínuos)
- (6) higiene de S. ex. e anel
- (7) Sutura por planos, arg., imobiliz.
- (8) Sutura por planos
- (9) Curatela

*Thiago A. Cordeiro  
03/03/2020 11:55:47*

COD. 0342



## FICHA DE ANESTESIA

Data

IP 10919

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente:

HELENA GUILHERME DA SILVA

Data

Sexo

F

Cor

40

Risco

IE

CRM: 3 Nome do Anestesista

RG: 3 RAFAELA MELLO

Medicação Pré-anestésica

Nome do Cirurgião

THIAGO JARRAS

rg 1652891

Urgência

Não Sim

Cirurgia

Sutura de ferimento aberto + 30 cm de fratura  
exposto da fibula e

Horário

23h40 00h40

O<sub>2</sub>N<sub>2</sub>O

Soro 500

SF SF

Líquidos 500 100 100

mL

Pulse RSP

mL

## Drogas Usadas

## Quantidade

Lidocaina suc 20g

Bupivacaina perclorato 15g

Cetotoleno 2g

Diprone 2g

Deranestesico 10g

Plenil 10g

Teroxicam 20g





## REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Kerka Guillermo dasilva (51c) REGISTRO: 1692801  
IDADE: 50 anos SEXO: M( ) F( ) SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência Adelto (67)

1-EQUIPE CIRÚRGICA  
CIRURGÃO: Dra. Joice ANESTESISTA: Dra Rafaela  
1º AUXILIAR: Dr. Thiago 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
ENFERMEIRA: Marcinha INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
CIRCULANTE: Ronaldo

2-DADOS DA CIRURGIA:  
CIRURGIA: Biopsia + Desobstrução de estôma Fermento de Perito INICIO: 00:00 TÉRMINO: 00:50  
TIPO DE ANESTESIA: Raque INICIO: 23:40 TÉRMINO: 00:55

## 3-DADOS PRE-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR ( ) GRAVE ( ) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) SONOLENTO ( ) BEBADO ( ) DESCONSCIENTE ( )  
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ( ) INTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( ) CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDIACA: 75 PULSO: 70 PA: 126x66  
PELE: INTEGRA ( ) LESIONADA ( ) DIURESE: ESPONTÂNEA ( ) SONDAS ( ) DISPOSITIVO URINÁRIO ( ) ALERGIA: \_\_\_\_\_ PERTENÇAS: \_\_\_\_\_  
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP ( ) TRICOTOMIA ( ) MARCAÇÃO DO SITIO CIRÚRGICO: SIM ( ) NÃO ( ) PROTEÇÃO DENTÁRIA: SIM ( ) NÃO ( )

## 4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER ( ) LATERAL ( ) DORSAL ( ) VENTRAL ( ) GINECOLÓGICA ( ) PROTEÇÃO OCULAR: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: \_\_\_\_\_  
CONTAGEM DE COMPRESAS: INICIO: \_\_\_\_\_ FINAL: \_\_\_\_\_ CONTROLE DE PERÍFENO: FIO AGULHADO: INICIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_  
ANTIBIÓTICO PRÓFILÁTICO: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: Cefalosporina HORA: 23:45 PREENCHER COTA: SIM ( ) NÃO ( )  
GARROTEAMENTO: SIM ( ) NÃO ( ) TEMPO DE GARROTE: INICIO: \_\_\_\_\_ FINAL: \_\_\_\_\_  
CONTAGEM DE INSTRUMENTOS: 0001 CONFIRMADO POR: Ronaldo + ONE HORA: \_\_\_\_\_

## 5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR ( ) OXIMETRO ( ) CAPNOGRAFO ( ) PNI ( ) ASPIRADOR MONTADO ( ) MANTA TERMICA ( ) AP.VIDEO ( ) TORPEDO DE NITROGENIO ( ) TORPEDO DE CO2 ( ) BISTURI ELÉTRICO ( ) MICROSCOPIO ( ) CAVITRON ( ) INTENSIFICADOR ( ) BOMBA DE INFUSÃO ( ) DIPREPUSOR ( ) ESTIMULADOR DE NERVOS ( ) DERMATOMO ( ) BISTURI ULTRASSÔNICO ( )  
INTRUMENTAIS CONSEGUNIDOS: SIM ( ) NÃO ( )

## 6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ATOMO PATOLÓGICO: SIM ( ) NÃO ( ) NOME DA PEÇA: \_\_\_\_\_ MATERIAL: \_\_\_\_\_  
CELULÓS: \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO POR: \_\_\_\_\_  
CULTURA: SIM ( ) NÃO ( ) EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO ( ) GASOMETRIA: SIM ( ) NÃO ( ) RR: SIM ( ) NÃO ( )





## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



PERNAMBUCO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Hérica Lúcia Mendes da Silva Nº do Registro : 1692891Clínica : Proctologista Nº do Leito :Operador : Dr. Tiago Lourenço1º Assistente : Dr. Gerson Lobo 2º Assistente : Dr. Dávies LourençoInstrumentador :  Anestesista : Dr. Davi LourençoAnestesia :  Duração : TIPO DE  
DATA:Data da Operação : 16/09/19 Início :  Fim :Diagnóstico Pré-Operatório : Ex. Rad. Uretra de 5 cm (0)Diagnóstico Pós-Operatório : OperaçãoOperação Proposta : Ressecção com Ponte Cervix 65Operação Realizada : Ligação

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Posic. em dorso 50°  
anestesiada ② lavagem vaginal e canais  
externos ③ incisão ao longo da face uretral  
ao fundo ④ (parametria ao longo a mucosa).  
⑤ Afrouxo sudos canais ⑥ Fundo fundo com  
Parafuso (cervix 65 nº 70. ⑦ Sutura ⑧ curva  
estriar

COD. 0342



## FICHA DE ANESTESIA

Data

16/09/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DE RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

MARGARIDA EULALIO DE MELLO JUNIOR

Sexo  F  M Idade 60 Risco

CRM

CRM: 6612 Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

ANID 2 mg - 8:00

1692891

Urgência:  Não  Sim

Cirurgia

Ressecção amigda de falso e galo laringeal

Horário

09:40

O<sub>2</sub>N<sub>2</sub>O

Liquido

O<sub>2</sub> 100% 100% 100%N<sub>2</sub>O 100% 100%ETCO<sub>2</sub>

ECG



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

*Ronaldo Souza*

*do/leito*

1480466

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

6/10/09 12:01 00:50

• Traumatologia / Ortopedia

• HD: fract. da fibra proximal sem desv. / Fissura extensa em peito e

• Recuperando motricidade e nutrição e  
cicragem (nove dias operatório)

Procedimentos realizados com sucesso  
e sem intercorrências.

A S R

Sinergia óptima

Colo falso e oxopodobos em enfermaria).

OBS.: paciente pré-operatório com TCE  
liso (escala 5), sem náuseas, sem náves,  
sem dor nojo / perda de consciência, sem convul-  
sões. Nega dor no colo cervical e ombo p/1  
lado anamorgado.

Dr. JOSÉ Silveira Filho  
Gabinete de Ortopedia  
Cadastrado 17/07/2009

Assinatura

Assinatura

11/10/09

#5RPAH

06:50 Paciente dor DPO de fratura de fibra proximal, alvo-  
dada (pela Traumatologia sob radiografia com intercorrências).  
Tratamento, paciente acordado, consciente, orientado, expressa dor

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Enfermaria/Leito

Henka Guillenae de Sába



Registro

1692891

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

\* 10/09/2019

\* 22:10

A histologia / oftopeal

\* Presente infusão colírios nato urinário com. Refers dor em pena e  
Alergia: nega. Paracetamol: nega  
\* No exames:

\* Rx, lote, ora, my, hstad.  
concreto

\* MIE - flemonto extenso + sindromes expulsivas órnea + pressão  
de corpos estranhos (urinário). +  
concreto preservado.

\* CO: Salado Rx

Prescrição médica:

Dr. Jairton Oliveira Filho  
Oftalmologista  
CRMPE 11201226

23/09 Nela TCE: glbgow = 15. Slor control to exame.

la pelve = 3/4 brat

PERNA G = Fract fibula proximal 3º grau?

TO: As duas coxas  
Dr. Jairton Oliveira Filho  
Oftalmologista  
CRMPE 11201226

18/09/19  
curativo

21/09/19  
curativo,

oculto  
15.09.19

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Enfermaria/Leito



Registro

Fábio Soárez da Silva

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/09/19

↑ Transfágico

Não queiro

Pointe e dor d'orelha a dor dor,  
apertado forte Fx de fíbro óssea.

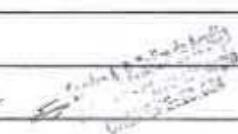
Sintomas - dor d'orelha e dor  
d'orelha

Profunda dor no interior

D. - a FR

- doloroso d'orelha d'orelha

- dor



# SRA DATA # 16/09/19

Admito paciente no PTO de tratamento cirúrgico de Fx tibial, sem intercorrências. Requisitos em anamnese. Nega queixas no momento

do nome, sex, comente, eupnica, micturada

AEV: per un 21, BNF 1/1. FC = 80 SPO<sub>2</sub> = 98%

ox, AR: MVT un 40, G/DIA. PA = 180x40

ABD: gástrica, f/abd

CD: alta da SRA após efto anestésico

Jackson Junior

MEDICO

CRM/PE 23152

COD. 1423

Miss Homicídio da ADA M-1



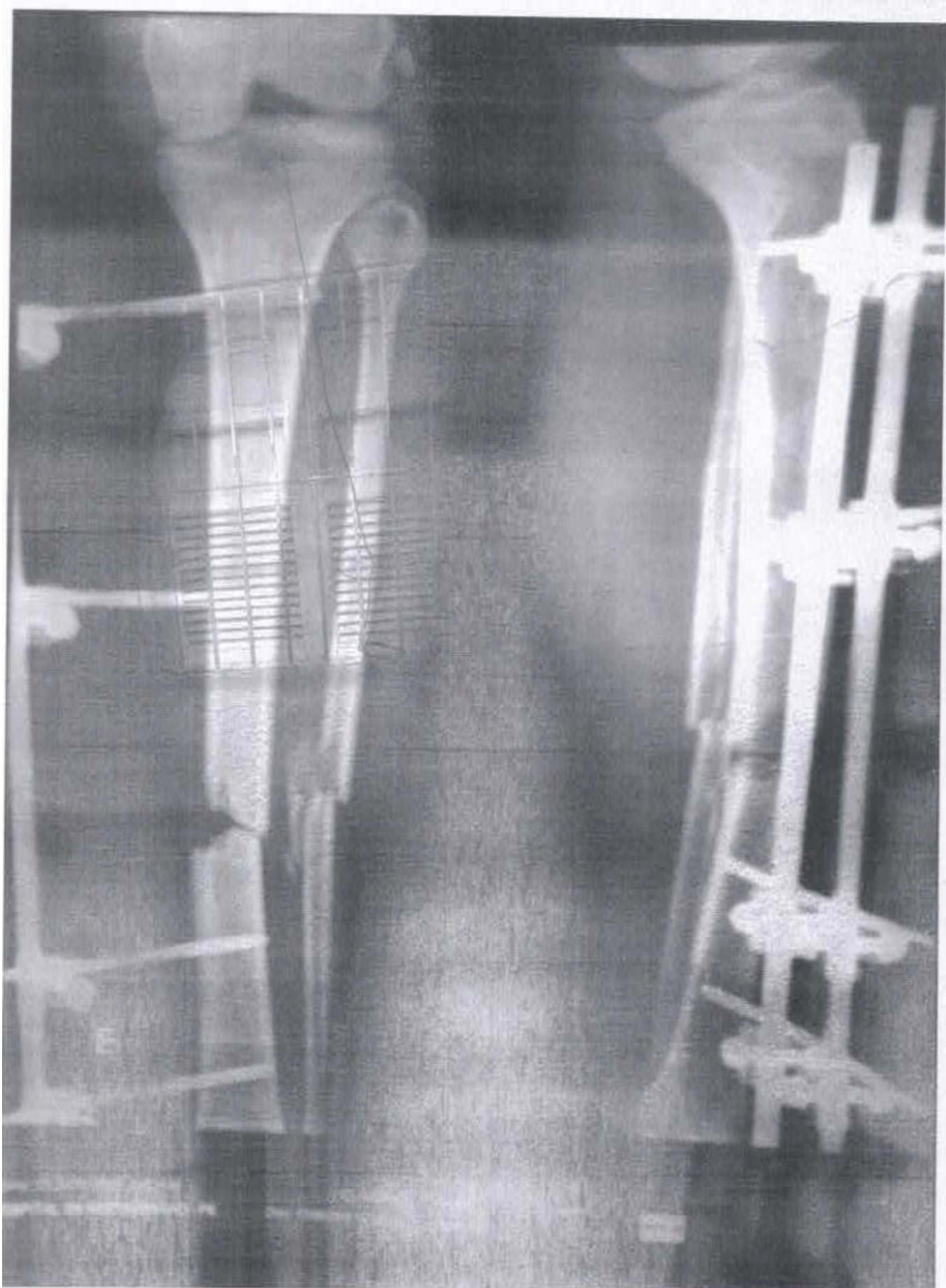


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 17



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 18



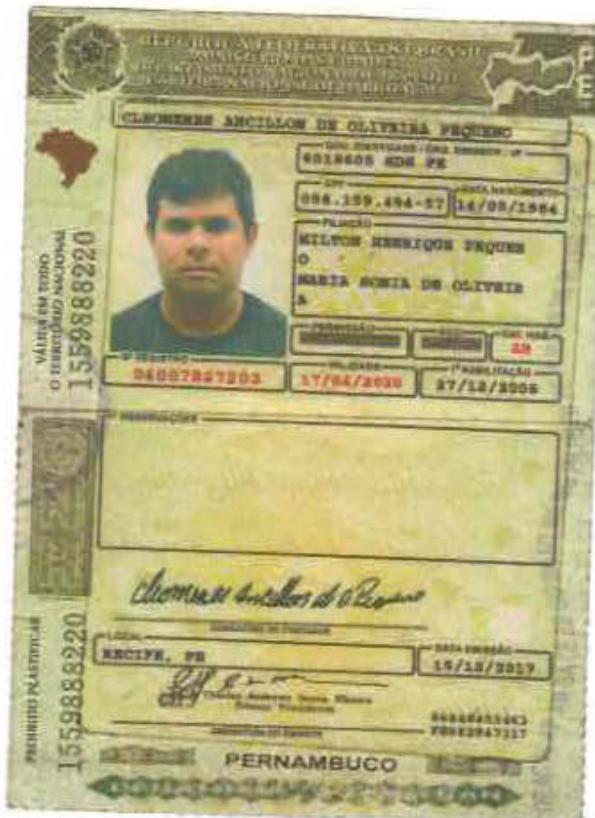
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 21

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO ) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO ) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



## Instrumento Procuratório

Através deste instrumento procuratório se faz Outorgante Sr(a):  
HERIKA GUILHERME DA SILVA, cujo RG: 5077587, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em 27/06/2009, cujo CPF: 037.063.644-92, e residente no endereço: TRAUASSA PREGUNSA

Nº 100, Bairro: Zumbi, cidade: Recife  
UF: PE, CEP: 50711 - 001.

Atribuindo poderes ao outorgado Srº Cleomenes Ancillon de Oliveira Pequeno, cujo RG: 6018605, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em 09/07/2004, cujo CPF: 056.159.494-57, e residente no endereço: Rua Engenho Água Doce, Nº 168 A, Bairro: Imbiribeira, Cidade: Recife – UF: PE, CEP: 51150-030.

Dos poderes: O presente documento outorga poderes para o fim especial de representar o outorgante em sua presença ou mesmo em sua ausência nas questões pertinentes a informações, atos administrativos e/ou judiciários que se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Data do acidente:

Tipo de cobertura:

RECIFE, 19 de Novembro de 2019

Henrika guilherme da silva

Assinatura reconhecida em cartório por autenticidade



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448603/19

**Vítima:** HERIKA GUILHERME DA SILVA

**CPF:** 037.063.644-92

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/09/2019

**Titular do CPF:** HERIKA GUILHERME DA SILVA

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO : 056.159.494-57

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

#### HERIKA GUILHERME DA SILVA : 037.063.644-92

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 12/12/2019

Data do cadastramento: 12/12/2019

Nome: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO  
CPF: 056.159.494-57

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 25



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696152 Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15249719



Pag. 00015/000016 - carta 01 - INVÁLIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58006126 Pág. 26



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696152**      **Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA**

**Data do Acidente:** 10/09/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA**

Informamos que o pagamento da inde

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004048

Conta: 000060002882-4

Tipo: **CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58006126 Pág. 27



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

037.063.644-92

Nome completo da vítima:

Renika Guilherme da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

autônomo

Endereço:

Porto Alegre Paraguassu

Bairro:

Zumbi

Cidade:

Recife

E-mail:

Homemens.23@outlook.com.br

CPF:

037.063.644-92

Número:

700

Complemento:

Casa

CEP:

50711-021

Tel./DDDI:

81-97244-2330

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Banco do Brasil (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4048

CONTA: 6000 2882 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso desconte do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 10/12/2019

Nome: Renika Guilherme da Silva

CPF: 037.063.644-92

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3ºCIRC DIM/1ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0093002173**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019 às 15:02**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/9/2019 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 1, AVENIDA BEIRA RIO - EM FRENTE A ACADEMIA DA CIDADE** - Bairro: **ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
GILSON JOSE AMORIM REIS ( VITIMA )  
HERIKA GUILHERME DA SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GILSON JOSE AMORIM REIS**

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

**GILSON JOSE AMORIM REIS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA REIS** Pai: **GILSON AMORIM REIS** Data de Nascimento: **22/2/1977** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5091383/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASiado(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81981823398**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**HERIKA GUILHERME DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **GICELA MARQUES DA SILVA** Pai: **JAIME GUILHERME DA SILVA** Data de Nascimento: **26/4/1979** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5077587/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASiado(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81986601699**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON JOSE AMORIM REIS**

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

Descrição: **MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752**

## Complemento / Observação

**INFORMA AS VÍTIMAS QUE TRANSITAVAM EM UM A MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 NO BAIRRO DE JOANA BEZERRA, QUANDO O AUTOMÓVEL DE MARCA/MODELO FIAT PALIO ATTRACTIV, PLACA PGH 2328, COLIDIU COM OS MESMOS; QUE FORAM SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, N° DO ATENDIMENTO: DA - 115.09.2019, DATADO DE 04/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE GILSON JOSE AMORIM REIS E N° DO ATENDIMENTO: DA 116.09.2019, DATADO DE 10/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE HERIKA GUILHERME DA SILVA; QUE HERIKA GUILHERME DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO N° 1692891, N° DO ATENDIMENTO: 01480939 E GILSON JOSE AMORIM REIS FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO N° 833430, ATENDIMENTO N° 01480783; AMBOS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

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

- Gilson José Amorim Reis  
GILSON JOSE AMORIM REIS

(VITIMA)

- Herika Guilherme da Silva  
HERIKA GUILHERME DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS TRAVASSOS MOTA** - Matrícula: **2213915** - Joana Bezerra



ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA!

ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA!

ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA!

ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA!

ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA!

ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA!

ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA! ESTAMOS NA SUA LUTA!



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE	
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:			
	037.063.644-92	Renika Guilherme da Silva			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:	Número:	
Renika Guilherme da Silva	Autônomo	Rovelha Paraguassu	037.063.644-92	700	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Tel. (DDD):	
Zumbi	Recife	PE	50711-021	81-97244-2330	
E-mail:	Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
DADOS CADASTRAIS					
RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- Banco do Brasil (237)
  - Itaú (341)
  - Banco do Brasil (001)
  - Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  4  
(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso desconte do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *Recife - 16-12-2019*

Name: *Renika Guilherme da Silva*  
CPF: *037.063.644-92*

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cláusula do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	116.09.2019
DATA	10.10.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **CLAÚDIA MARIA AMORIM REIS PEREIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **5020692** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **024.127.944-56** declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-679352**, que no dia 10 de setembro de 2019, a paciente Sra. **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5077587** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **037.063.644-92**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h20, na Avenida Gov. Agamenon Magalhães, em frente a Academia da Cidade, imediações do Fórum Rodolfo Aureliano, no bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE e, direcionada para Hospital da Restauração. Recife, 10 de outubro de 2019.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação

*Sergio parente costa*

Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE  
CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERIKA GUILHERME DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04048

CONTA: 000060002882-4

---

Nr. da Autenticação 4140BB07203B372F



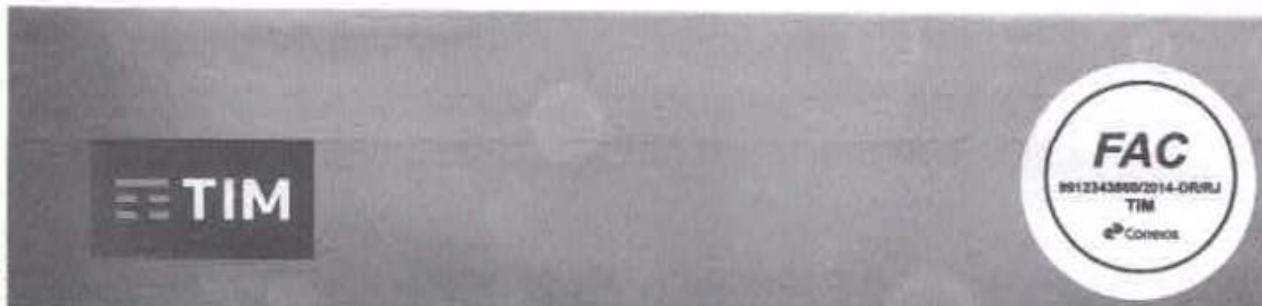
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 34



CTC RECIFE PE PL1  
CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO  
R ENGENHO AGUA CLARA 168  
IMBIRIBEIRA  
51150-040 RECIFE - PE



PARA USO DOS CORREIOS	
<input type="checkbox"/> 01 - MANDADO SE	<input type="checkbox"/> 07 - AUMENTO
<input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO
<input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE Nº INDICADO	<input type="checkbox"/> 09 - DRAUZO DANIFICADO
<input type="checkbox"/> 04 - FAJEDO	<input type="checkbox"/> 10 - CVEL. DESCONHECIDO NA LOCALIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> 11 - VALOR COMPREENDENDO (VALOR PAGO)
<input type="checkbox"/> 06 - INCOSIDO	<input type="checkbox"/> 12 - CABA PORTAL CRISSOLADA
<i>Indicar no serviço postal inc:</i>	
<i>Notificação de devolução:</i>	
<i>Notificação de devolução:</i>	
<i>Notificação de devolução:</i>	

Devolução Eletrônica - CEDO  
CAIXA POSTAL 19568  
CEP 80.231-970 - CURITIBA - PR



36140497168289200000000125230261119  
Kardex\_36140497168289200000000125230261119



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554728000000058020099>  
Número do documento: 20031011554728000000058020099

Num. 58996126 - Pág. 35